

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

21

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Gilbert-André-Jack DOUKAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Lazare

Né le 26 Juillet 1908, à Lourmel, département d'Oran (Algérie)

Le Prurigo-Strophulus
Etude Clinique et Pathogénique
Rapports avec l'Hérédo-Syphilis

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

Le Prurigo-Strophulus
Etude Clinique et Pathogénique
Rapports avec l'Hérédo-Syphilis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Gilbert-André-Jack DOUKAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Lazare

Né le 26 Juillet 1908, à Lourmel, département d'Oran (Algérie)

Le Prurigo-Strophulus

Etude Clinique et Pathogénique

Rapports avec l'Hérédo-Syphilis

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	BOUVIÈRE
Physiologie.	LÉON BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	HARDIER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
	LOEPER
Clinique médicale.	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT
	H CLAUDE
	GOUGEROT
	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNÉO
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
	N...
Clinique gynécologique.	OMBRÉDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	RATHERY
Clinique thérapeutique médicale.	LEMAITRE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SERGENT
Clinique propédeutique.	BEZANÇON
Clinique de la Tuberculose.	MATHIEU
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire.	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.
 J. BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET
ALAJOUANINE. .		BROCQ
AUBERTIN . .		CADENAT . . .
BRULÉ		GATELLIER . .
CHABROL . . .		HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
CHIRAY		MOURE
DONZELOT . .		QUENU
DUVOIR		SCHWARTZ . .
LIAN		VELTER
PASTEUR- VALLERY- RADOT		
SÉZARY		
	Clinique obstétricale.	ÉCALLE
		GUÉNIOT . . .
		LE LORIER . .
		LÉVY-SOLAL . .
		METZGER . . .

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEREBoullet

*Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance
à la Faculté*

Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés

qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur d'être
notre Président de thèse.
Avec notre reconnaissance
profondément respectueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui nous a fait comprendre et aimer la dermatologie, nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a constamment aidé de sa haute expérience. Nous lui exprimons toute notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLEMENT-SIMON

*Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare
Secrétaire général de la Société de Dermatologie*

dont nous fûmes l'interne, à Saint-Lazare et auprès de qui nous avons trouvé un enseignement éclairé, une bienveillance de tous les instants. En témoignage de tout ce que nous lui devons.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-SOLAL

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine.*

qui nous a toujours témoigné, à chaque étape de notre vie d'étudiant, une affection véritable; nous a prodigué ses conseils et ses encouragements. Nous l'en remercions avec reconnaissance et respect.

A MADemoiselle LA Doctoresse REITLINGER

A MM. LES DOCTEURS BRALEZ, G. GARNIER,
L. FAFOURCADE, H. NETTER

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

qui nous a toujours entouré de sa tendresse inquiète, de son affection infinie. Très faible témoignage de notre reconnaissance éternelle.

A MON PÈRE

qui a été pour nous un guide et un exemple. Nous lui devons notre formation spirituelle, le goût des études et le sens du devoir. Qu'il soit assuré, ici, de notre immense affection.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ.

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN.

MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. WEIL.

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMBURGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE.

Internat de Saint-Lazare :

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEMENT-SIMON.

Le prurigo-strophulus, défini par le Professeur **Darier** dans son **Précis de Dermatologie** est un :

prurigo aigu et bénin caractérisé par :

— un élément spécial et exclusif, la **papule de strophulus**, naissant généralement sur une **base urticarienne**;

— une éruption procédant par **poussées rapides**, successives ou subintrantes, disséminées sur tout le corps;

— l'**absence habituelle** de lichénisation et d'**eczématisation**;

— une durée limitée, **quelques semaines à quelques mois**, mais avec **récidives**;

— un pronostic, en somme, bénin.

*
**

Il semblerait qu'une schématisation aussi précise ne permette pas l'équivoque. Or, celle-ci existe, au point que l'on voit de temps à autre — et par des praticiens de bonne foi — l'éruption à nouveau décrite et sous des noms divers.

Si bien que, s'entendre sur le nom même et la symp-

tomatologie d'une dermatose, quotidiennement rencontrée en pratique civile et hospitalière, ne paraît plus, à la réflexion, paradoxal. C'est qu'ici en effet, comme pour tant d'autres affections cutanées, l'abondance des synonymies a créé la confusion, le concept nosologique s'est perdu dans les dénominations, les discussions byzantines et les luttes d'écoles. Au sujet de celles-ci, il est remarquable de constater avec quel cyclisme elles ont défendu la notion, tantôt d'un strophulus-entité, tantôt d'un strophulus-terme générique, jusqu'à nos jours. Quant aux vicissitudes patronymiques, elles sont si variées qu'il nous a paru instructif de les rappeler en majeure partie.

*
**

Les descriptions cliniques se rapportant au strophulus, il faut feuilleter les dictionnaires médicaux anglais du xvr^e et du xviii^e siècle pour les retrouver. L'affection est alors dénommée **Red-gown** (manteau rouge) et ensuite, par allitération probable en outre de l'étiologie suspectée, **Red-gum** (gencive rouge, feux de dents).

En divers pays, **Underwood, Astruc et Lorry, Sauvages, Alibert, Armstrong**, décrivent l'affection qu'ils confondent avec l'urticaire, l'impétigo.

C'est seulement avec **Willan**, qu'apparaît le terme de **strophulus** (de *strophus*, bandelette. Et l'on se demande les rapports de l'étymologie et de la derma-

tose...) Mais pour **Bazin** (1858), c'est une des **scrofulides boutonneuses bénignes** qu'il appellera ensuite **lichens exanthémathiques scrofuleux**. Pour **Rayer et Biett**, pour **Cazenave et Gilbert**, pour **Hardy**, il s'agit de **lichen strophulus**.

A ce moment, l'école de Vienne triomphe : plus de strophulus, entité dermatologique, il existe du strophulus, groupe d'éruptions reléguées avec les hypérémies cutanées, variété de **roséole infantile**.

Mais **Hilairét** et **Gaucher** (1885) réagissent. Le strophulus mérite à nouveau une vie propre : il a dans leur **Traité des maladies de la peau**, un chapitre à part. Cependant **Neumann, Duhring** et **Behrend** le considèrent comme de l'**eczéma papuleux**. **Vidal** défend le terme de **lichen simplex aigu** (1886). Pour **Comby**, c'est une éruption à rattacher aux urticaires, c'est un **lichen simple aigu infantile** (1889). **Colcott Fox** est du même avis qui décrit l'**urticaire de l'enfance et du jeune âge** et aussi les auteurs anglais qui parlent de **lichen urticatus**. **Hutchinson** rompt des lances pour son **varicella-prurigo**.

Les choses se compliquent. **Tommasoli** s'en tient au **prurigo temporaire autotoxique**. Certains vont l'appeler **urticaire papuleuse**, d'autres **prurigo-ortié** ou **prurigo-urticaire**.

Avec **Brocq** toutefois (1894), un sérieux effort de classification est tenté. Pour lui, il s'agit là d'une forme infantile de son **Prurigo simplex aigu** qui plus rarement s'observe chez l'adulte. Poursuivant sa pensée,

il n'hésite pas à écrire dans son **Traité de Dermatologie pratique** :

« Sous le nom générique de strophulus on a autrefois décrit toutes les éruptions papuleuses des enfants. **Il est probable que ce mot disparaîtra** tôt ou tard de la nomenclature dermatologique. »

Il va y insister, plus récemment, dans ses **Cliniques dermatologiques** (1924, t. I, p. 332) :

« Il existe toute une série de faits de passage dans lesquels il est à peu près impossible de poser un diagnostic objectif précis d'urticaire ou de prurigo. Ils sont de la plus grande fréquence chez les enfants et on les désigne depuis longtemps chez eux sous le nom de strophulus, en y ajoutant diverses épithètes selon que l'évolution est plus ou moins rapide, que le prurit est plus ou moins intense, que l'aspect est plus ou moins celui de l'urticaire, plus ou moins celui du prurigo. »

Mêmes conclusions, plus nettes encore, avec **Civatte** (Congrès des Dermatologistes, Paris, 1929, p. 266) :

« Ces éruptions polymorphes des enfants sont depuis longtemps appelées strophulus. Quelques auteurs hésitent à les assimiler tout à fait au prurigo simplex aigu; ils voudraient leur laisser leur ancien nom et réserver celui de prurigo simplex aigu à l'éruption monomorphe. Il serait bon d'adopter sur ce point une règle commune. **L'usage tend de plus en plus à confondre entièrement les deux termes.** Il faut souhaiter que cette synonymie sans restriction soit admise partout. »

C'est donc là, réclamer et sans appel, la disparition du terme et de l'entité strophulus. Or, avec notre maître **G. Milian**, nous ne pensons pas qu'on doive identifier strophulus et prurigo simplex aigu. Qu'on nous comprenne bien : nous ne voulons pas, après avoir stigmatisé les instabilités terminologiques et leur multiplication, tomber dans le travers décrié et ajouter à notre tour une appellation nouvelle à une liste déjà longue.

Précisons donc notre pensée. Que le strophulus, tel que nous l'entendons, soit un prurigo, tout le monde est d'accord à ce sujet. Mais qu'on l'appelle délibérément prurigo simplex aigu, nous n'y saurions souscrire : « l'usage tend de plus en plus à confondre les deux termes », nous apprend Civatte. Mais en pareille matière nous ne tablons pas sur l'usage, mais sur la clinique, sur les caractères de l'éruption, sur l'évolution, sur la nature même des lésions. **Or, à tous ces degrés, on peut affirmer que le prurigo simplex aigu est une chose, le strophulus une autre, toutes deux bien différentes.**

Différences cliniques? Le prurigo simplex aigu apparaît chez l'adulte, la lésion élémentaire est une papule de prurigo simple, l'éruption est monomorphe. Le strophulus apparaît chez l'enfant, l'élément principal est une scropapule urticarienne, l'éruption est polymorphe.

Différences évolutives? Le prurigo simplex aigu est une affection aiguë, remarquablement cyclique, évoluant en quelques jours comme une fièvre érup-

tive, ne récidivant jamais, se terminant par la guérison. Le strophulus est une éruption à rechutes durant souvent plusieurs mois, donc subaiguë, sans cyclisme apparent, avec des rechutes nombreuses et d'une béginité plus relative. Il faut insister sur ce caractère récidivant de l'éruption strophuleuse, à côté de la durée très brève du prurigo simplex aigu.

Différences **étiologiques**? C'est là un chapitre important que nous étudierons, mais l'on peut déjà opposer l'étiologie probablement microbienne du prurigo simplex aigu, à l'étiologie complexe et bien plus hypothétique du strophulus.

Ces divergences, nous nous proposons de mieux les faire apparaître au chapitre du Diagnostic, de les opposer plus complètement. Leur réalité autorise, croyons-nous, à conserver en tant qu'entité dermatologique le strophulus. Et si, comme on l'a dit, le terme prête à équivoque, nous pensons qu'on peut lui substituer une terminologie plus évocatrice, plus moderne. « L'ordre des papules, a dit Besnier, doit céder le pas à l'ordre des prurigos. » Reconnaissons la préséance de ceux-ci, nommons désormais le strophulus, **prurigo simplex infantile à rechutes (Milián)**, ou, pour relier facilement les idées anciennes aux concepts nouveaux, **prurigo-strophulus** comme l'a suggéré **Marfan**.

Ce prurigo-strophulus, rappelons-le, est caractérisé par :

- un élément : papule de prurigo, conique, sur une base urticarienne;

- une éruption : par poussées rapides;
- une durée pouvant s'étager sur plusieurs mois, avec des récidives;
- une absence de lichenification et d'eczématisation, et cependant
- un pronostic relativement bénin.

Nous avons l'intention d'en étudier la symptomatologie, les formes cliniques, d'insister sur les difficultés pratiques de son diagnostic, parfois très marquées; enfin, d'en envisager les rapports avec l'hérédo-syphilis, en un chapitre important.

Auparavant, qu'il nous soit permis de remercier notre maître le D^r **Gaston Milian**, qui nous avait fait aimer et comprendre la dermatologie, voici quelques années déjà. Il a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail, nous a guidé dans nos recherches, aidé de ses conseils.

Sans doute trouvera-t-on, au cours de ces lignes, bien des lacunes, bien des faiblesses. Les théories pathogéniques notamment pourraient être plus longuement controversées. A leur sujet, les discussions restent d'actualité. Pour notre excuse, et en matière de circonstances atténuantes, nous nous permettrons de rappeler la phrase de **Darier** que **Favre** plaçait en tête de son rapport au Congrès de 1929 : « **La question du prurigo est une des plus complexes en dermatologie.** »

CLINIQUE

SIGNES OBJECTIFS

1. Le début d'un strophulus est toujours assez subit. Sans doute, pourra-t-on retrouver par la suite une réaction fébrile minime, une inappétence légère, quelques troubles digestifs, parfois un malaise général transitoire (vingt-quatre à quarante-huit heures; **Weissenbach** et **Basch**). En fait, ce sont là des symptômes si discrets que les parents ne songent pas à les signaler spontanément, il faut, pour les retrouver, invoquer leur possibilité en les interrogeant. Le prurit, par contre, les aura presque constamment frappé et ils insisteront sur son intensité. Nous verrons plus loin, en étudiant les troubles fonctionnels, ce qu'il faut savoir de ses modalités. Pratiquement, il s'agira donc d'une éruption brusquement survenue, et dont l'élément urticarien va faire songer dans tous les cas à l'urticaire commune. A ce propos, nous nous souvenons d'un nourrisson de trois mois dont nous prenions l'observation un matin, dans le service du **D^r Ribadeau-Dumas** à la Salpêtrière. Alors même que nous l'examinions, une éruption apparut. Les éléments érythémateux; d'abord maculeux, puis papuleux, étaient typiques d'une urticaire et c'est ce diagnostic que nous fîmes. Mais le lendemain, s'il restait encore quelques éléments urticariens de la veille, et d'autres nouveaux qui apparaissaient, la plupart

étaient surmontés d'une papule conique indurée : il s'agissait d'un strophulus.

A vrai dire, même pendant la période purement urticarienne du début (et qui va le demeurer six, douze heures) quelques particularités peuvent orienter vers le diagnostic de prurigo-strophulus. C'est ainsi qu'au palper, l'élément urticarien n'a pas le velouté régulier de règle dans l'urticaire commune. On perçoit en son centre une infiltration, une induration même qui peut éveiller l'attention. Si l'on tend alors la peau, ou si on la regarde en se servant du vitro-compresseur, on aperçoit une tache jaunâtre, représentant la future papule.

Les téguments irrités d'un trait d'ongle se strient d'une élevure érythémateuse : le dermatographisme est évident, la peau, comme disaient les classiques, « est urticarienne ».

Très vite l'élément caractéristique du prurigo-strophulus se constitue. On est, au bout de quelques heures, en pleine période d'état.

II. Période d'état : l'éruption.

a) **Localisation primitive** : c'est fréquemment au membre supérieur qu'elle débutera, autour des coudes notamment, à la face d'extension des avant-bras. Parfois ce sera dans la région cervicale. Mais souvent les parents ne savent, ne peuvent préciser la première localisation : l'éruption semble avoir été d'emblée généralisée.

b) **Caractères de la lésion élémentaire** : l'élément primitif est très semblable à lui-même, la dermatose est à son début nettement monomorphe, cette lésion élémentaire est, on le sait, la **séro-papule de Tommasoli**, dite encore **papulo-vésicule urticarienne de Brocq**.

Cette papule, noyée au début dans une base urticarienne qui a rapidement disparu, est une petite saillie congestive. D'abord rosée, mais souvent d'un rouge vif, surtout après grattage ou frottements. Sa **coloration** disparaît par la pression quand elle est toute récente, plus tard, il persiste une certaine teinte tirant sur le bistre. La **forme** de ces papules mérite d'être soulignée. On connaît la papule aplatie des prurigos parasitaires, la forme hémisphérique des vésicules varicelleuses; ici le prurigo-strophulus se reconnaît à l'aspect de son élément : un cône tronqué arrondi au sommet. Insistons-y : **la papule du prurigo-strophulus est conique**.

Elle peut avoir en son centre, si on l'observe bien, de petites extravasations sanguines; presque toujours son sommet paraît blanchâtre, opalin, jaunâtre même.

Ses **dimensions** sont toujours minimes : une tête d'épingle, un grain de mil, rarement lenticulaire. Ses **limites** enfin sont assez nettes.

Qu'on y touche et l'on sent une élevation solide, surélevée au-dessus des téguments. Elle donne bien la sensation d'une infiltration superficielle, les impressions subjectives sont nuancées selon chacune : elle est dure, acuminée pour **Civatte**; ligneuse et paraïs-



On reconnaît les diverses lésions du prurigo-strophulus :

- 1° la lésion élémentaire est typiquement représentée par l'élément situé un peu à droite du centre de la photographie, par celui qui est au-dessus et à gauche du mamelon, par celui dans l'angle supérieur gauche. On en voit un, débutant, sur le milieu du bras.
- 2° Au-dessus et au-dessous de ce dernier, *papules excoriées*, foncées.
- 3° Sur le thorax, vers le bas de la photo, éléments de *prurigo simple*, typiques.

(Malade de l'observation n° .)

sant enchâssée dans le derme pour **Comby**; elle va devenir turgescence au frottement (**Desaux et Boutilier**).

Peut-on toutefois parler de vésicules? Dans la règle, non. Certes, on le verra, il pourra exister en certains endroits de véritables bulles, quelques éléments prendront véritablement le type vésiculeux. Mais l'élément typique, la lésion élémentaire est une séro-papule et non une vésicule vraie. Il suffit pour s'en convaincre de percer l'épiderme du sommet, ou mieux, d'user d'une fine feuille de papier à cigarettes, selon la technique habituelle. Ainsi verra-t-on (et déjà **Brocq** y insistait) **non pas une gouttelette** mais une infime quantité de sérosité sourdre.

Dans la forme habituelle il en est ainsi, mais nous verrons que les aspects cliniques sont variables; que parfois la ressemblance avec la varicelle peut être très poussée, et que l'on a décrit une forme de prurigo-strophulus dite **varicelliforme d'Hutchinson**. Enfin, en même temps qu'elle vieillira, qu'elle récidivera, l'éruption deviendra moins pure, moins monomorphe, et en certains endroits pourront apparaître de véritables bulles.

On a pu, à un degré de plus, décrire des vésicules à contenu louche, voire des papulo-pustules, mais ce sont des raretés cliniques que, pour notre compte, nous n'avons jamais rencontrées.

c) **Chronologie, modalités de l'éruption.** — Cette éruption comporte des localisations relativement fixes. On ne saurait, en cette matière, que noter une

plus grande fréquence. Chronologiquement, ce sont en général les membres qui sont les premiers atteints. Leurs faces d'extension presque uniquement. Les avant-bras, les coudes vers l'olécrane, les genoux vers les rotules, les faces dorsales des mains et des doigts.

Ce sont ensuite le cou, les fesses, les parties antérieure et postérieure du thorax, la face dorsale des pieds.

Un fait plus constant, c'est l'**intégrité des surfaces de flexion**, indemnes en général ou très peu atteintes.

La face, enfin, est peu touchée. Surtout aux premières atteintes. Au cours des récives, le front, les oreilles, les joues peuvent se couvrir d'éléments peu nombreux.

Quelle que soit la localisation précitée, les caractères de l'éruption ne varient pas.

Le plus typique est certainement représenté par la **dissémination des lésions**. Brocq insistait voilà longtemps sur le type sparsus du prurigo-strophulus. **Partout la papule est nette**, bien individualisée. Partout des éléments reconnaissables. On ne trouve pas une seule plaque infiltrée formée par confluence. Si l'abondance des papules est suffisante, elles peuvent devenir tangentes les unes aux autres par leur base, se réunir en lignes, former des groupes (coudes, genoux, faces d'extension des avant-bras), mais nulle part elles ne formeront une nappe, un placard.

On peut ajouter en corollaire un autre signe négatif important, et qui va donner au prurigo-strophulus un caractère distinctif capital : **il n'y aura jamais de**

lichénification, d'eczématisation des téguments.
Nous y reviendrons plus longuement au chapitre du diagnostic.

Enfin, il existe des zones où les éléments vont affecter des aspects particuliers : la paume des mains et la plante des pieds. Elles sont, il est vrai, exceptionnellement touchées, mais si nous insistons sur cette atteinte peu fréquente, c'est qu'on y pourra puiser des arguments nosologiques.

A ce niveau, en effet, il ne s'agira plus de séropapules typiques, mais de **vésicules** lenticulaires tendues, de **bulles** même, extrêmement prurigineuses et donnant parfois complètement l'impression d'une acariose. L'existence de telles lésions a incité certains auteurs à proposer le terme de **dermatite polymorphe prurigineuse** pour le prurigo-strophulus. D'autres ont représenté qu'une dermatose à caractère polymorphe comme celle-ci (lésions urticariennes, séro-papules de prurigo, vésiculo-bulles) ne pouvait en aucune manière se comparer au prurigo simplex aigu de l'adulte, remarquablement monomorphe. Pour eux, il ne saurait donc s'agir d'une forme infantile du prurigo de **Brocq**, mais d'une entité bien individualisée et pour laquelle le nom de prurigo-strophulus mérite de survivre (**Milian**).

d) **Evolution.** — 1° **Immédiate** : elle varie selon l'élément considéré. Certains, mal venus, avortés en quelque sorte, paraissant n'avoir ni liquide central, ni croûte, vont se résorber en trois à quatre jours. Les éléments ordinaires durent, en moyenne, de six



Dissémination des lésions. On remarquera les stigmates hérédos-spécifiques de l'enfant dont l'observation est rapportée sous le n° 2.

à huit jours. Ceux qui, pour une cause quelconque, auront été irrités, persisteront plus longuement.

Mais cette évolution est surtout sous la dépendance des lésions secondaires de grattage. C'est ainsi qu'il faut considérer :

- la papule intacte et non excoriée;
- la papule excoriée.

La papule intacte et non excoriée va se recouvrir bientôt en son centre d'une **croûte** adhérente, et qui l'est d'autant plus qu'elle est plus récente. Une fois arrachée, on trouve sous elle une dépression d'un rouge vif, humide; coloration et humidité de moins en moins marquées avec l'ancienneté de la croûte. Celle-ci, qui reste petite comme une tête d'épingle, et qui va passer du jaune-brun au brun-noir, est entourée d'une fine desquamation lamelleuse.

Si on n'y touche pas, la petite croûte tombe d'elle-même **sans laisser de trace**. Il n'est pas rare toutefois que persiste une légère pigmentation brônâtre, mais elle **disparaîtra assez vite** (et cela peut avoir son intérêt pour faire parfois un diagnostic rétrospectif avec la varicelle).

La signification de cette formation épidermique est actuellement précisée. Nous n'avons plus à revenir sur les discussions anciennes qui voyaient là le résultat d'excoriation due au grattage. Nous verrons un peu plus loin que ces excoriations ont un autre aspect clinique. En dernière analyse, il apparaît bien que la croûte jaunâtre représente **l'évolution naturelle** de la papule, la dessication de la pseudo-vésicule.

C'est, à un degré moindre, l'équivalent de la croûte mélicérique de l'impétigo.

La **papule excoriée** a une allure bien différente. Elle se coiffe d'une **croûte sanguine noirâtre**, l'ensemble constituant l'aspect typique du prurigo parasitaire. Elle va durer plus longtemps et surtout elle pourra laisser un reliquat, **cicatrice blanchâtre qui persistera** longuement, parfois même indéfiniment.

2° **Ultérieure** : une vingtaine d'éléments, tels que nous les avons décrits, apparaîtront à cette première poussée. Ils suivront leur évolution en huit, dix jours. Mais une deuxième poussée surviendra deux, trois jours après la première. Ainsi l'affection va se poursuivre au rythme de poussées éruptives successives tous les deux, trois jours, d'une vingtaine d'éléments. Elle a, de ce chef, un caractère bien particulier, évolutif d'abord, clinique ensuite, car on aura à un moment donné des **éléments d'âges différents** sur le tégument.

Certains veulent que l'éruption princeps soit la plus considérable, les suivantes plus minimales, plus circonscrites. D'autres, au contraire, voient une évolution allant crescendo.

Plus que ces nuances impossibles à affirmer, ce qu'il est intéressant de souligner ce sont les caractères évolutifs généraux. Accalmies, recrudescences, rechutes se poursuivent en périodes irrégulières. C'est là la règle évolutive : **le prurigo-strophulus est une dermatose subaiguë à paroxysmes**,

La durée de la poussée éruptive va varier selon les cas. Elle oscille entre deux semaines à deux mois, mais peut fréquemment durer six mois, un an, deux ans. Ainsi donc, si le prurigo-strophulus est une affection aiguë quant à son apparition, c'est une affection subaiguë quant à son évolution.

e) **Terminalisen.** — Nous avons insisté sur les récidives à échéance plus ou moins longue qui sont la règle. Le prurigo-strophulus est une dermatose à rechutes. Celles-ci sont parfois régulièrement saisonnières, parfois en rapport avec des causes particulières variant avec le sujet.

Il n'est pas rare de voir des nourrissons atteints pour la première fois à l'âge de trois mois, chez lesquels le prurigo-strophulus persistera jusqu'à trois ans. Au delà de cet âge, il est exceptionnel de le voir se reproduire. Nous verrons au chapitre étiologique les arguments invoqués pour expliquer cet âge limite.

En tout cas, pour aussi rebelle soit-il, le prurigo-strophulus évoluera vers la guérison. Guérison totale : *restitutio ad integrum*. Les pigmentations finiront par disparaître. Les cicatrices restantes seront négligeables. Il est utile d'opposer le pronostic bénin, qui s'attache à cette dermatose, et celui, bien plus sombre, que l'on doit porter en cas de prurigo de Hébra.

SYMPTOMES SUBJECTIFS

Le principal symptôme (on pourrait dire le seul), celui qui a une importance aussi grande que l'éruption, c'est le **prurit**.

En des temps point si lointains, que de discussions n'a-t-il pas fait naître! Était-il primitif ou secondaire; la lésion cutanée ne lui était-elle pas imputable; son origine était-elle nerveuse ou vaso-motrice? Autant de prétextes à argutier.

Les sujets observés de très près, les petits malades en état d'expliquer leurs sensations, l'expérimentation permettent d'être absolus.

Le **prurit** est le symptôme initial dans le **prurigo-strophulus**. **Besnier** l'avait vu déjà, qui disait : « Le prurit, premier symptôme et symptôme premier », insistant ainsi en une formule ramassée sur sa précocité et son importance. **Jacquet** aussi, qui défendait la théorie du « prurit pré-éruptif », et toute une école avec lui (**Brocq et Jacquet, Cazenave, Canuet**).

Il s'agit en tout cas de démangeaisons plus ou moins vives, et souvent assez marquées (dermatite polymorphe prurigineuse). Elles s'exaspèrent quand on met le sujet à nu, quand on irrite les lésions, elles sont rarement continues avec des exacerbations surtout nocturnes (d'où insomnie) et des périodes de calme complet ou relatif.

Sensation de piqûres, de picotements, d'élan-
cements, parfois de brûlures.

Signes généraux.

Ils sont légers, discrets, **banaux**. Avec le mou-
vement fébrile minime du début, certains décrivent
un accès thermique à 37°5, 38° à chaque poussée.
Les troubles digestifs, constants, sont peu marqués.
Enfin nous n'avons retrouvé comme adénopathies
chez nos petits malades que les polymicroadénopa-
thies généralisées, habituelles aux nourrissons et aux
enfants en condition physique défectueuse, ou à l'hé-
rédité suspecte. Les descriptions d'adénopathies ingui-
nales, axillaires, cervicales (**Weissenbach et Basch**,
Marfan, Saint-Girons) nous paraissent entrer dans
cette catégorie.

Nous en avons, par contre, constaté de manifestes
dans les cas de prurigo de Hébra.

Complications.

L'esquisse générale du prurigo-strophulus ne serait
pas complètement ressemblante si l'on oubliait d'in-
sister sur la rareté des complications.

Déjà, nous avons vu que cette dermatose ne se
lichénifiait, ne s'eczématisait jamais. Mais les infec-
tions, même banales, semblent avoir rarement droit
de cité sur les peaux parsemées de strophulus.

Malgré les portes d'entrée que constituent les pa-

pules excoriées, malgré les ongles toujours septiques des nourrissons, malgré le fléchissement fréquent d'une immunité microbienne, il est peu fréquent de constater l'impétiginisation des lésions, des pyodermites banales.

Accuser le prurigo-strophulus de n'être parfois que le début d'un prurigo de Hébra, ce n'est pas décrire une complication, c'est bâtir une hypothèse dont on verra qu'elle ne repose sur aucune base sérieuse.

Enfin on ne peut citer, à titre de complications du prurigo-strophulus, les équivalents qui pourront apparaître chez le petit malade : urticaire, asthme, rhume des foins, migraines, etc... Car il s'agit là de manifestations d'une diathèse sous-jacente au sujet de laquelle l'étude pathogénique nous éclairera peut-être.

Formes cliniques.

Mais l'aspect clinique est susceptible de variations qui, sans osciller entre de grandes limites, impriment à l'éruption des caractères différents. On peut ainsi rencontrer :

A) **Selon la gravité.** — 1° Une forme **légère**, où n'existent que quelques éléments, aucuns signes généraux, un prurit à peine marqué, une évolution rapide représentée par deux ou trois poussées.

2° Une forme **marquée** à éléments nombreux, apparaissant par poussées fréquentes, subintrantes. A chacune d'elle, température et troubles digestifs. Les

adénopathies sont nettes. L'affection persiste de façon chronique. La chute de poids est significative.

En fait, il est difficile de rapporter au prurigo-strophulus la gravité des symptômes observés. Il s'agit seulement d'enfants débilités, chez lesquels l'infection bacillaire se surajoute à l'hérédo-spécificité. La carence de l'état général doit être tenue responsable des formes graves; c'est seulement au cours de telles évolutions que l'on pourra voir apparaître des infections cutanées, des pyodermites. Mais le pronostic reste quand même satisfaisant et, du reste, de telles formes sont exceptionnelles.

B) **Selon l'évolution.** — 1° Parfois, le prurigo-strophulus se manifeste brusquement par une poussée importante, mais qui va rester unique. Les autres symptômes restent minimes, la guérison rapide : c'est la forme **écourtée**.

2° Mais la véritable évolution est subaiguë : un prurigo-strophulus se manifeste par des poussées, qui récidivent. Encore y a-t-il de nombreuses modalités parmi les formes **récidivantes** :

Les formes à **poussées subintrantes** : qui ne laissent pas d'intervalle libre entre chaque récurrence éruptive. Le tégument ne recouvre jamais son intégrité.

— Les formes à **évolution discontinue** (f. subaiguë de **Brocq**) : il y a ici un calme de durée relative entre chaque récurrence. Mais pour des causes minimes, souvent banales et qui restent très semblables pour chaque sujet, apparaîtra la dermatose.

— Les formes véritablement **chroniques** : beaucoup plus rares, caractérisées par l'intensité de tous les symptômes, mais surtout par leur désespérante ténacité. Les poussées vont se succéder pendant des années, avec des accalmies en hiver, des recrudescences au printemps et en été.

C) **Selon l'élément.** — 1° On a vu que le début du prurigo-strophulus se fait par des éléments comparables à ceux de l'urticaire. Et que, cependant, on pouvait, même à ce stade, en tendant la peau ou en se servant du vitro-compresseur, apercevoir au centre de l'élément pseudo-urticarien l'ébauche jaunâtre de la future papule. Que bientôt d'ailleurs l'erreur n'était plus permise avec l'apparition de la papule elle-même.

Dans quelques cas, cette papule n'apparaîtra pas, la lésion élémentaire du prurigo-strophulus semble avorter et se limiter à l'élevure ortiée du début. C'est là la forme **urticarienne**.

2° La forme **papulo-vésiculeuse** posera, comme nous le verrons au diagnostic, des problèmes délicats. Surtout avec l'eczéma papulo-vésiculeux.

3° Enfin, la forme **varicelliforme** dite d'**Hutchinson**, permet l'hésitation mais seulement un court instant, devant les éléments bulleux des poignets et des coudes.

D) **Selon l'éruption.** — 1° On a pu décrire une **f. pure**, monomorphe, uniquement caractérisée par la séro-papule typique. Elle serait absolument superposable au prurigo simplex aigu (**Brocq**). Certains

la réservent aux adultes. Pour les enfants, il ne saurait s'agir que de :

2° La forme **mixte** : éléments urticariens, séropapuleux, bulleux (**Civatte**), représentant la forme infantile du prurigo simplex aigu.

Il s'agit là, nous semble-t-il, d'une identification abusive. Jamais, comme nous l'avons dit et comme nous y allons insister, prurigo-strophulus et prurigo simplex aigu n'ont eu même origine, et surtout même évolution.

E) Selon l'âge. — Les types sont peu variés selon l'âge. Il faut simplement faire remarquer que, exceptionnel avant deux mois, le prurigo-strophulus est surtout fréquent de trois mois à un an et qu'il disparaît après trois ans.

F) Formes atypiques. — 1° Localisées à la face de flexion des membres.

2° A type de **prurigo de Hébra** : et l'on songe à ce diagnostic devant l'acuité des symptômes, la persistance des lésions et leurs récides désespérantes.

Mais un signe de grosse valeur : même en ces cas, il n'y a pas de placard de lichénification ou d'eczématisation.

3° A type de **prurigo-féroce de Vidal** : cependant, dans le prurigo-strophulus, malgré la résistance au traitement, malgré le prurit intense, il y a un degré de moins : les papules sont moins volumineuses, les démangeaisons moins intolérables.

DIAGNOSTIC

Le prurigo-strophulus est d'un diagnostic facile, lit-on dans la plupart des traités de médecine infantile. Voire. La confusion synonymique que nous signalions dès le début n'aurait-elle point sa source en cette pseudo-facilité? Nous pensons que l'on a trop tendance à baptiser prurigo-strophulus les éruptions papuleuses infantiles, en se passant d'un examen clinique approfondi et d'une observation prolongée de l'évolution éruptive. Parmi les petits malades que l'on nous a envoyés de diverses consultations, nous avons fréquemment eu à éliminer des lésions papuleuses, prurigineuses, bénignes, mais qui n'étaient pas du strophulus.

On peut être amené à confondre l'éruption :

- lorsqu'elle est typique;
- et *a priori* lorsqu'elle est anormale.

I. Dans la forme typique.

Il faut, comme toujours en dermatologie, s'attacher à reconnaître la **lésion élémentaire**. C'est une papulo-vésicule urticarienne, une séro-papule, avons-nous dit, très particulière. Cette lésion évolue rapidement de la façon que nous avons déjà vue, nous n'y reviendrons pas. Insistons sur le caractère **disséminé** de l'éruption, sur l'âge différent des éléments, sur les poussées successives, sur l'absence de lichénification, d'eczématisation, l'infection relativement rare.

Ces étapes du diagnostic parcourues, il restera cependant à discuter certaines éruptions parfois très semblables.

a) **L'urticaire vraie commune**, car l'élément érythémateux existe, seul, en cas de strophulus, dans les toutes premières heures. Même à ce stade cependant on peut, en tendant l'élément, ou grâce au vitro-compresseur, apercevoir au centre de la lésion ortiée la future papule sous forme d'une pigmentation jaunâtre.

Au cas où l'erreur aurait été commise, l'apparition de la lésion strophuleuse typique, l'évolution par poussées persistantes permettraient de la redresser.

Peut-être est-il utile de rappeler que certains auraient voulu isoler un type d'**urticaire papuleuse** qui ne s'identifierait pas au prurigo-strophulus. Il s'agit là, nous semble-t-il, d'un *distinguo* sans substratum anatomo-clinique, et l'identité synonymique des termes est complète pour nous. D'autres demandent de faire entrer le strophulus dans le groupe des urticaires, se basant sur une pathogénie commune par sensibilisation. Cette classification, pour tentante qu'elle soit, nous paraît abusive, et nous verrons plus loin pour quelles raisons.

b) **Les miliaires**. — Non pas la cristalline (sudamina) qui n'a avec le prurigo-strophulus aucune ressemblance, mais les miliaires rouges, celles que l'on a appelé *eczéma aigu disséminé*, *impetigo miliaire*, peuvent avoir un aspect clinique très rapproché.

Cependant l'étiologie (sudation abondante ou irri-

tation cutanée), la localisation (tronc et segments supérieurs des membres), l'histologie (bulles sur fond de dermite congestive), l'examen bactériologique (staphylocoques; **eczéma à morocoques d'Unna**), la guérison rapide en quelques jours, permettent une distinction aisée.

c) **Les éruptions médicamenteuses papuleuses.**
— Sont rares chez les enfants. Il faut toujours y penser cependant et interroger l'entourage en insistant sur l'ingestion possible ou la mise en œuvre de médications récentes. La plupart d'entre elles créeraient des lésions cutanées plus bulleuses qu'érythémato-papuleuses; citons cependant l'antipyrine, l'opium et la morphine (rarement ordonnées à doses importantes en thérapeutique infantile), le bromure de potassium (**Besnier**), les composés iodés.

En réalité, dans les formes complètes, typiques de strophulus, **le véritable diagnostic différentiel**, les difficultés pratiques consistent à éliminer les

d) **prurigos parasitaires.** — Le véritable diagnostic se pose ainsi : **Y a-t-il strophulus ou parasites?** Et la réponse est fréquemment très délicate à donner, surtout en certains milieux.

1° **Les poux** seront assez rarement incriminés. Chez l'enfant, en effet, c'est *pediculus capitis* qui est de beaucoup le plus fréquent. Or il reste localisé au cuir chevelu, à la nuque, aux épaules, et ne donne pas un tableau clinique de localisation strophuleuse. *Pediculus corporis* peut au contraire simuler à merveille les lésions du prurigo-strophulus, mais, de

même que le pou du pubis, il est absolument exceptionnel chez l'enfant.

2° **Les moustiques** : vont créer fréquemment des lésions érythémato-vésiculeuses du type strophuleux le plus pur. Mais un caractère leur est particulier et qui permettra un diagnostic relativement aisé : les lésions sont localisées aux parties découvertes.

Les erreurs les plus habituellement commises sont dues à deux sortes de parasites :

— les puces;

— les agents des diverses gales.

3° **Les puces** (*pulex irritans*) sont extrêmement fréquentes chez les enfants et certains milieux en sont infestés. Si dans quelques cas; les lésions donnent tout le tableau d'un pseudo-purpura, il n'est pas rare qu'elles reproduisent, au deuxième jour de leur existence, sur des peaux sensibles, les éléments du prurigo-strophulus. Le halo érythémateux imite l'élément urticarien affaîssi, le point d'inoculation d'où a perlé une sérosité minime simule la vésiculette du prurigo-strophulus.

Dans le service de notre maître, le D^r **Milian**, nous avons pu constater la similitude parfois complète des deux tableaux cliniques; nous rapportons même à titre d'exemple l'observation d'un petit malade de sept ans et demi, Kar..., présenté comme strophulus :

« Kar..., âgé de 7 ans 1/2. — On amène l'enfant pour une éruption apparue **il y a sept ans**, à l'âge de 4 mois. Depuis l'enfant a **toujours gardé** cette éruption. On note sur tout le corps des petits placards

érythémateux excoriés par place; certains éléments sont papulo-vésiculeux, centrés par une minuscule vésicule. Certains paraissent guéris aux avant-bras. Tous sont très prurigineux.

Petits ganglions mobiles axillaires gauches et droits. Antécédents... », etc...

Il s'agissait en fait d'un pseudo-strophulus par piqûres de puces, qui, existant depuis sept ans, a guéri en quelques jours, dès que l'on a soustrait l'enfant au milieu infesté.

Si nous insistons sur la difficulté pratique d'un tel diagnostic, c'est que nous en avons fait l'expérience, et parfois il sera nécessaire d'hospitaliser certains enfants dont les récides constantes de l'éruption laissent cependant sceptique sur la possibilité d'un strophulus. Eloigné des parasites piqueurs, du milieu misérable habituel, le tégument voit l'éruption s'atténuer, s'effacer, disparaître : la preuve de la nature parasitaire des lésions est ainsi faite.

4° **Les sarcoptes.** — La gale de l'homme est fréquente chez l'enfant en bas âge. On sait que chez lui elle peut atteindre la paume des mains, la plante des pieds. Dans l'ensemble, le prurigo-strophulus a une éruption plus discrète, plus diffuse, moins polymorphe que l'éruption scabieuse. Mais il est fréquent de découvrir au niveau des poignets des lésions très semblables aux lésions scabieuses (et sur lesquelles **Civatte** insiste) avec des éléments bulleux, certains papulo-pustuleux et des simili-sillons, le tout mêlé à des papules croûteuses de prurigo banal. On

conçoit qu'en certains cas, seule la découverte du sarcopte permettait de lever le doute. Les traitements d'épreuve respectifs trouvent ici leur indication.

Pour **Brocq**, qui insistait dès 1896 sur la difficulté de ce diagnostic, l'apparence étrangement semblable de certains strophulus et de certaines gales ne représentait pas une simple coïncidence. Mais il s'agirait d'individus dont le tégument répondrait, sous l'influence d'excitations diverses, dans le sens prurigo-strophulus. Dès lors, le parasite scabieux jouerait le même rôle causal qu'un aliment toxique ou toute autre cause occasionnelle.

Les gales du chien et du chat, malgré la promiscuité si fréquente de ces animaux et des jeunes enfants, sont rares, et cela tient au fait que le parasite ne réside pas longtemps sur la peau humaine.

La gale du chat **reproduit point par point** les lésions du strophulus (**Thibierge**), elle crée « des séro-papules urticariennes du type prurigo simplex, groupées en bouquets sur les parties du corps ayant été en contact avec un animal malade ».

On conçoit que cette localisation soit précieuse pour le diagnostic, mais cette forme régionale habituelle peut se généraliser et la difficulté est grande de reconnaître la nature vraie de l'éruption. Des poussées successives ont lieu, mais elles ne dureront pas plus de dix jours et la guérison survient. Les deux ou trois premiers jours on pourrait, dans les squames profondes, découvrir le parasite (sarcoptes minor ou notoèdre du chat).

5° Citons enfin des **parasites plus rares**, nécessitant un milieu spécial ou une région particulière :

— Les **rougets** ou aoûtats (*leptus autumnalis*), infestant jadis le Midi seulement, deviennent de plus en plus communs aux environs de Paris. Eux aussi peuvent créer des papulo-vésicules, mais ces lésions restent localisées aux endroits où un obstacle les a retenus (ceinture, brassière), et, de ce chef, l'éruption a un aspect évocateur. On découvrira par ailleurs le parasite dans l'entonnoir folliculaire d'un poil sous forme d'un point rouge sang.

— Chez les enfants de paysans, élevés dans les fermes, la **gale des céréales** peut donner des lésions du type strophulus. En Italie surtout. Il s'agit d'une éruption précédée d'un prurit violent, puis apparaît une macule d'un rose tendre légèrement infiltrée et bientôt centrée par une fine vésicule. C'est tout le tableau du strophulus. Cependant la guérison va survenir en une dizaine de jours, et au cours de ces petites épidémies on découvrira le parasite, **pediculoïdes ventricosus** (Newport, 1848), en passant dans l'amas de céréales suspectes une lame de verre huilée, puis examinée au microscope.

— Même tableau de prurigo-strophulus typique, provoqué par les **phlébotomes**, et appelé en Palestine, **harara**. Il semble bien qu'il y ait accoutumance car seuls les enfants des étrangers nouvellement arrivés sont atteints. A la différence du prurigo-strophulus, les lésions sont ici vite infectées : impétigo et pyodermites. Mais la bénignité est constante.

— Nous n'insisterons pas sur de nombreux autres agents qui pourraient être invoqués : chenilles processionnaires, orties, primevères du Japon, substances caustiques et même, pour certains, malpropreté (**Darier**) ou, au contraire, abus des savonnages (**Gallois**).

Cette discussion, cette élimination des diverses parasitoses clôt le chapitre du diagnostic, mais une question se pose encore, doctrinale cette fois. Peut-on assimiler prurigo simplex aigu et strophulus des enfants? Nous y revenons ici, après y avoir déjà insisté, parce que s'il s'agit — comme nous le croyons — de deux dermatoses différentes, il y a lieu d'y songer pour leur diagnostic différentiel. Bien des choses les opposent :

STROPHULUS	PRURIGO SIMPLEX AIGU
<i>Etiologie</i>	<i>Etiologie</i>
Enfants fréquemment hérédosyphilitiques.	Adultes jeunes sans hérédité syphilitique décelable.
Tréponème. Fréquence	Origine microbienne probable. Rareté.
<i>Clinique</i>	<i>Clinique</i>
Eruption de papulo-vésicules urticariens, relativement polymorphe, sans signes généraux nets, évoluant par poussées successives de longs mois.	Eruption de papules, remarquablement monomorphe, avec un syndrome infectieux.
<i>Evolution</i>	<i>Evolution</i>
Récidivante.	Evolution de façon cyclique comme une fiche éruptive guérison rapide, sans récides.
<i>Traitement</i>	<i>Traitement</i>
Curable par traitement spécifique.	Guérison spontanée,

Une seule les réunit : une même histologie lésionnelle sur laquelle tablent les auteurs qui voudraient superposer les deux dermatoses. Cette identité ne nous empêche point de continuer à croire à la dualité des deux éruptions. L'histologie d'une roséole ne ressemble-t-elle pas point pour point à l'histologie d'une autre roséole? Et tablera-t-on sur cette similitude anatomo-pathologique pour affirmer que la roséole syphilitique, la rougeole, les roséoles saisonnières et médicamenteuses ne sont qu'une seule et même maladie?

Répetons donc en conclusion ce que déjà nous avons écrit : **le prurigo-strophulus est une dermatose infantile fréquente; différente du prurigo aigu simplex, éruption rare de l'adulte.**

II. Dans les formes moins nettes, atypiques, l'erreur est plus facile et les diagnostics précédents doivent se discuter plus longuement encore. De nombreux cas particuliers amèneront autant de discussions. Dans les formes :

1) **localisées** : on pensera à l'**éruption papulo-prurigineuse printanière des enfants (Thibierge et Rabut)**, constituée par de petites papules prurigineuses aux mains, au dos des phalanges, dans les espaces interdigitaux, et guérissant spontanément en 8 ou 10 jours;

2) **avortées, uniquement urticariennes** : à l'urticaire vraie. Nous n'y revenons pas.

3) **bulleuses** : aux dermatites polymorphes douloureuses dont le type est la **dermatite de Duhring**,

surtout dans ses formes à prédominance érythémato-papuleuse. Ici cependant il faut signaler la fréquente symétrie des lésions, l'atteinte des muqueuses dans la moitié des cas, l'intensité des phénomènes subjectifs, enfin l'histologie et l'hématologie (éosinophilie) en dernier ressort.

4) **polymorphes** : à l'**érythème polymorphe**, dans sa forme érythémato-papuleuse, mais l'élément ortié est ici irrégulier, souvent annulaire, la papulo-vésicule, au lieu d'être conique, est aplatie. Enfin l'ensemble présente cette coloration livide, cyanotique avec bordure vermillonnée si caractéristique.

Signalons que dans notre observation N° 1, le malade dont il s'agit était atteint, quand nous le vîmes la première fois, d'un prurigo-strophulus et d'un érythème polymorphe qui disparut rapidement. Cette coexistence ne paraît pas une simple coïncidence car on sait, pour autant que l'étiologie précise en soit discutée, le rôle des infections (et notamment du tréponème) dans sa genèse.

5) **varicelliforme**, dite d'Hutchinson; la distinction avec la varicelle peut être fort délicate, cependant la vésicule est ici plus conséquente, plus dure, « enchâssée » dans le derme, et le halo érythémateux est fréquemment absent; la contagion est parfois retrouvée, et l'évolution de l'élément (vésiculo-pustule, croûte, squames) différente. Il n'y a aucun reliquat cicatriciel. Enfin la fréquence est plus tardive, de deux à six ans.

6) **papulo-vésiculeuse** : l'eczéma papuleux vrai a

des vésicules beaucoup plus arrondies, une évolution plus longue, un prurit plus accusé.

7) **subaiguës** : l'éruption du **summer prurigo** est bien différente, avec sa localisation aux zones exposées aux rayons solaires, son début aux mois d'été, ses récides uniquement estivales.

Le **prurigo ferox** (Vidal) a une papulo-vésicule volumineuse (d'un petit pois à une cerise). Il existe des zones de lichénification peu marquées il est vrai, des adénopathies. Surtout le prurit est interne, intolérable même et la ténacité extrême.

Le **prurigo lymphadénique** doit être suspecté systématiquement et l'examen des enfants présumés atteints de strophulus doit toujours porter sur le système hématopoïétique. Etude de la rate, examen hématologique (leucocytose moyenne, éosinophilie constante). Le prurigo lymphadénique banal, celui de **Dubreuilh**, ne ressemble guère au prurigo-strophulus, mais certaines lésions cutanées parmi les **leucémides d'Audry** peuvent être très semblables.

Reste le **prurigo de Hébra**, et la question est d'importance. Qui peut dire si tel strophulus, se manifestant pour la première fois, ne deviendra pas plus tard un prurigo de Hébra? Certains ont même défendu cette idée : **le strophulus est la forme de début du prurigo de Hébra**. A l'heure actuelle, l'hypothèse n'est plus de mise. Que d'enfants longtemps suivis pour des éruptions constamment récidivantes de prurigo simplex à rechutes qui n'ont jamais eu de prurigo de Hébra! Tous, pour ainsi dire, dans nos régions où

l'affection décrite par Hébra est exceptionnelle. On sait en effet le rôle que l'on fait jouer à la race, au paupérisme, aux conditions misérables de vie, à l'hérédosyphilis.

Il n'en reste pas moins vrai qu'au début d'un strophulus, le doute est absolu, et l'histologie ne permet pas de le trancher, car elle montre dans les deux cas des lésions semblables (**Brocq**). L'évolution seule fournira les tests nécessaires à la distinction. En cas de prurigo de Hébra, les lésions deviennent caractéristiques dès la première année de la dermatose. Le prurit est incessant, rendant l'enfant tourmenté, anxieux, insomniaque. La peau est couverte de lésions polymorphes : excoriations linéaires, papulo-folliculaires, croûtes, cicatrices, eczématisations diffuses ou régionales, pyodermites. Elle est épaissie, rude, pigmentée. Ailleurs, terreuse et épilée. Les adénopathies sont souvent manifestes. L'état général touché.

Qu'il s'agisse de formes typiques, légères ou anormales, on voit que le diagnostic est loin d'être toujours facile à porter. Aussi est-on aisé de pouvoir l'affirmer par des épreuves objectives probantes; l'une d'elles réside en l'application du traitement hérédoséparatif qui donne des résultats immédiats. Une autre consiste à étudier l'anatomie de la lésion élémentaire qui apporte la preuve irréfutable de sa nature¹. L'examen biopsique va permettre d'étudier l'anatomo-pathologie du prurigo-strophulus.

1. Sauf en cas de prurigo aigu simplex ou de prurigo de Hébra tout au début.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1) Lésion élémentaire typique.

C'est une lésion **dermique** et **Civatte** l'a remarquablement décrite (1926). Le long d'un vaisseau, une gaine de lymphocytes qui s'épanouissent avec lui **en éventail** dans le corps papillaire. L'ensemble forme l'axe d'un nodule oedémateux occupant toute la hauteur du derme et semé de nombreux éosinophiles (**Torök** n'en aurait jamais trouvé). On conçoit fort bien dès lors que la papule « doit sa forme acuminée à cet infiltrat allongé et à sommet étalé qui figure assez bien un clou planté verticalement dans le derme ».

Quant aux lésions **épidermiques**, c'est le résultat du grattage et des frottements. **La lésion vraie est dermique, la lésion épidermique est un accident.** Il y aura d'abord une cavité lenticulaire dans la couche superficielle du corps muqueux de Malpighi. Son plafond est corné, son contenu est un magma de sérosité, de polynucléaires incomplets, de cellules malpighiennes, son fond est irrégulièrement malpighien. Bientôt la cavité bombe en surface, son fond se nécrose et il y a communication du corps papillaire avec la cavité intra-malpighienne (vésicule à fond perforé). C'est en somme la lésion réalisée sur toute peau enflammée par grattage ou traumatisme.

Darier n'avait vu en 1893 (Soc. de Dermatol., 20 juillet), qu'une lésion épidermique : « Un disque lenticulaire d'aspect colloïde situé immédiatement sous la couche cornée », mais il avait eu le mérite, à cette époque, de signaler que l'histologie du **strophulus** de **Willan et Bateman** était identique à celle des papules récentes du **prurigo** de **Hébra**. **Brocq** pourra ainsi établir sur de solides bases cliniques et anatomopathologiques son concept du **prurigo simplex aigu** englobant l'ancien **strophulus**.

Nous avons vu que, si l'on adopte cette terminologie, la forme infantile du **prurigo simplex aigu** n'a pas le monomorphisme presque parfait du type observé chez l'adulte. **Civatte** la considère comme mixte, urticarienne et bulleuse. Il en a étudié les éléments qui n'existent que sur les régions à épiderme épais et notamment au poignet. Cet

2) élément bulleux varicelliforme

comporte une lésion **dermique** absolument semblable à celle des éléments séro-papuleux.

Mais la lésion **épidermique** est tout à fait différente. C'est une bulle très tendue. Toujours le plafond est constitué par la couche cornée, sur les côtés s'étire le corps muqueux nécrosé, le fond enfin, c'est le corps papillaire nu, tandis qu'au centre il n'y a plus de formation malpighienne : tout le corps muqueux a été arraché.

PATHOGENIE

1) Le prurit.

C'est chose banale aujourd'hui que de rappeler sa préséance chronologique sur l'éruption. Depuis **Cazenave** et **Canuet**, **Brocq** et **Besnier**, **Jacquet**, dont c'est justice de rappeler les noms, on a admis que « le prurit était pré-éruptif ».

Mais, l'éruption née, ce prurit va en modifier l'aspect. A côté des éléments typiques, séro-papules urticariennes, vont se créer des excoriations noirâtres, résultat du grattage des papules. Et la classique observation de **Civatte** illustre au mieux cette idée. On y voit un strophulus évoluant par poussées incessantes, mais **non prurigineux** chez un enfant de 15 mois. Comme il n'y a pas grattage, il n'y a pas excoriation : tous les éléments sont semblables, papules à peine roses, plus hémisphériques que coniques, n'ayant point de croûtelles, conservant leur épiderme lisse et luisant. A l'histologie, pas de lésion épidermique.

2) La papule : mécanisme physio-pathologique.

1° **Théorie de l'angionévrose.** — **Kreibich** a développé et soutenu une thèse qui est séduisante et vraisemblable. Il place à la base, comme phénomène initial et primordial, la **dilatation d'un ou plusieurs capillaires**. Il y a donc congestion, et puis corollairement transsudation du sérum et issue des leucocytes

hors des vaisseaux dilatés : la papule vient de se constituer.

Mais en retour, la tension s'élève dans les tissus infiltrés, le sérum qui vient d'extravaser des capillaires dilatés, comprime, enserre maintenant ces mêmes vaisseaux : anémie tissulaire par conséquent et lyse des polynucléaires émigrés. Cet infiltrat dégénéré, **Kreibich** le nomme « infarctus dermique ». Que le processus s'accroisse et l'infiltrat englobe l'épiderme, une lésion plus ou moins dégénérée de celui-ci se forme au-dessus de l'infarctus dermique : il y a désormais également un « infarctus épidermique » et à la papule se superpose une vésicule croûteuse.

Il s'agit donc, en résumé, d'un phénomène mécanique à la base (une dilatation vasculaire) commandée par l'action du système nerveux. Cette action s'effectue en un point quelconque du système nerveux dépendant de l'étiologie en cause.

Ce phénomène angioneurotique reste toutefois essentiel. A supposer que le déclenchement du réflexe vaso-moteur soit provoqué par une toxine neurotrope, il le restera et persistera alors que toute action toxique aura disparu.

On le conçoit, cette théorie paraît répondre aux divers arguments qu'on pourrait lui opposer. Similitude des lésions pour des causes diverses puisque automatisme pathogénique dès que le facteur lésionnel a déclenché le réflexe vaso-moteur. Succession de la lésion épidermique à la lésion dermique avec possibilité d'absence de celle-là.

D'ailleurs l'angioneurose n'est pas seulement une théorie. Elle est étayée par des faits et nous nous contenterons de citer comme expérimentations convaincantes, celle de **Bernhardt** qui constate que sur un membre paralysé il ne se produit pas d'éruption, tandis que, généralisée, elle est partout ailleurs abondante; celle de **Wirz** et **Kreibich** qui provoquent de l'urticaire en injectant du trypanbleu dans les veines des membres, mais les élevures sont bleues, preuve de la transsudation brutale du sérum; celles de **Brack** qui obtient d'excellents résultats thérapeutiques en paralysant le sympathique par l'ergotine ou en excitant par la pilocarpine le vague.

2° **Théorie de Philipsom et Torök.** — C'est plutôt une critique qu'une vraie théorie. Ces auteurs ayant constaté que la teneur en albumine du sérum de la papule est plus forte que celle du sérum sanguin, en concluent qu'il y a eu **inflammation hémato-gène**.

Et **Kreibich**, qui ne la conteste pas, la croit simplement postérieure à l'angioneurose, phénomène initial.

Étiologie.

Nous ne nous dissimulons pas que c'est le chapitre le plus délicat de ce travail. Depuis **Alibert** (1835) qui accusait « l'alimentation excitante », et **Hébra**, le « paupérisme », jusqu'à nos jours, aucune des nombreuses étiologies suspectées n'a rallié une majorité. Certes, il existe des :

1° **Causes favorisantes.** — a) physiologiques :

— l'âge : avant tout 1^{re} et 2^e années;

— le sexe : légère prédominance chez les petites filles;

— la dentition : rôle encore soutenu de nos jours.

Classique « feu de dents » des auteurs anciens, **Zahn-pocken** (variole de dentition) des auteurs allemands. **Darier** a même pu proposer d'expliquer certains cas tardifs par l'éruption de la dent de sagesse.

b) Saisonnières : indéniables. Nous en avons fait personnellement l'expérience quand il nous a fallu réunir nos observations. Apparaissant par petites épidémies au début du printemps, au cœur de l'été, surtout dans la première moitié de l'automne, bien plus rare en hiver.

2° **Causes proprement dites.** — Pour réaliser le mécanisme physio-pathologique de la papule de strophulus, il faut qu'il existe « une disposition toute spéciale, un état particulier de l'organisme, une modification constitutionnelle » comme l'avait vu, voilà longtemps déjà, **Hardy**. Les auteurs sont d'accord sur ce point, ils varient quand il s'agit de désigner l'affection ou le syndrome responsable. On en discute quatre :

1° la tuberculose;

2° les troubles digestifs;

3° les phénomènes dits de sensibilisation;

4° l'hérédo-syphilis.

a) **La tuberculose** a surtout été incriminée par les auteurs anciens. **Bazin** s'était fait le défenseur de

la diathèse scrofuleuse. Il est des observations où l'étiologie ne fait aucun doute. Mais actuellement la valeur d'une origine bacillaire du strophulus est très amoindrie.

b) **Les troubles digestifs** sont le plus souvent mis en cause. **Fünck** et **Grunzach** en Allemagne, **Besnier** en France, puis **Comby** dès 1894 y insistent. Egalemeut **Bardin** dans sa thèse (1902-1903).

Ce sont les poisons alimentaires de tous temps décriés que l'on accuse : les œufs, le poisson, les fraises, le chocolat, le lait de vache. Ils créent une intoxication vraie.

Puis c'est l'alimentation déséquilibrée et monomorphe, par prédominance de l'un des trois grands groupes d'aliments que l'on suspecte. Elle amène des troubles dyspeptiques secondaires avec élimination cutanée des toxines alimentaires.

Plus récemment **Mathieu** et **Vasseur** dans sa thèse (1929) insistent sur la sensibilisation aux farineux avec production de cœlite acide.

Enfin un syndrome digestif est fréquemment mis en cause, la constipation qui se rencontre très souvent chez les jeunes enfants et qui, parfois masquée, devra être révélée par une analyse coprologique ou une épreuve de transit.

c) **Les phénomènes dits de sensibilisation.** — Ils correspondent à ce que les auteurs classiques appelaient le « neuro-arthritisme » et que l'on dénomme maintenant « diathèse colloïdo-clasique ».

Civatte est affirmatif dans sa conclusion du rapport sur les prurigos au Congrès de 1929 :

« Le mécanisme essentiel de tous les prurigos paraît être le phénomène biologique d'hypersensibilité qui se traduit par ce qu'on est convenu d'appeler la crise hémoclasique ».

Les choses sont simples : si l'appareil sensitif est seul en état de sensibilité, le symptôme prurit peut apparaître; si le tégument est lui aussi dans cet état, l'éruption est déclanchée, le prurigo est créé.

Quel prurigo? Ce sera, au hasard de la race et des conditions étiologiques, un prurigo simple, un strophulus, un prurigo de Hébra.

Le strophulus serait donc une **dermatose de sensibilisation**, mais par quel mécanisme? Pour **Ravaut** (1922), grâce à une instabilité humorale avec disfonctionnement vago-sympathique et troubles endocriniens. Dans ces conditions, le tégument va réagir aux antigènes :

- s'ils sont passagers, par de l'urticaire;
- s'ils sont prolongés, par des poussées interminables de strophulus.

Spilmann fait intervenir un déséquilibre acido-basique. **Lortat-Jacob** (qui parle par ailleurs de dystrophie cutanée, kérose, déficience originelle de la peau et du système nerveux, autrement dit hérédoméïopraxie ectodermique) fait intervenir des lésions sympathiques amenant des hépato, néphro, opodermies nécessitant un traitement opothérapique.

Ramel (de Lausanne) s'élève contre l'idée du

« strophulus, maladie de sensibilisation ». Il fait remarquer que l'urticaire, l'eczéma peuvent être reproduits expérimentalement : ce sont bien des dermatoses allergiques, mais on n'est jamais arrivé à reproduire la papule de prurigo.

Or, récemment (Bulletin soc. franç. D. et S., 1932, p. 255) **Sézary** et **Mauric** ont pratiqué des intra-dermo réactions avec un mélange de Dmélcos et de sérum de cheval, sur des sujets doublement sensibilisés (atteints de chancrelle et nourris à la viande de cheval). Ils ont obtenu ainsi une lésion urticarienne immédiate et fugace puis dans les 18-24 heures une papule inflammatoire qui durait 2-3 jours. Ils n'ont pas songé à comparer l'histologie d'un tel élément à celle du strophulus, et ils concluent :

« Du point de vue dermatologique, nous nous défendons naturellement d'avoir reproduit l'affection cutanée appelée strophulus. Mais, nous croyons avoir analysé les phénomènes de la double papule qui caractérise son éruption et avoir montré qu'un processus complexe de sensibilisation doit se trouver à son origine : vraisemblablement à la fois, anaphylaxie et sensibilisation des cellules dermiques. »

On connaît sur la question des affections dites « par sensibilisation », les idées de notre maître **Milian**. Il s'est toujours élevé contre le caractère imprécis des termes employés. L'anaphylaxie est pour lui, un fait précis, expérimental, contrôlable, la « colloïdoclasie » c'est un fait théorique non démontré. D'abord, on ne peut parler de déséquilibre colloïdal, alors qu'on ne

connaît pas **l'équilibre colloïdal normal**; ensuite expliquer par un entre-choquement des micelles colloïdales, une précipitation des mollécules oblitérant les capillaires, la crise hémoclasique — la crise nitritoïde, par exemple — c'est paradoxal. Car on se demande comment un vaso-constricteur comme l'adrénaline, qui va encore augmenter les troubles circulatoires, arrête les symptômes.

Restent les signes hématologiques : leucopénie, retard de la coagulation, etc... Or, ils sont banaux de toute hypotension subite et **Babalian** l'a montré dans sa thèse; il les obtient chez des sujets à qui l'on fait respirer du nitrite d'amyle.

Dire qu'il s'agit d'un « phénomène de choc » c'est encore masquer notre ignorance, car choc de quoi et sur quoi?

Reste le terme de sensibilisation; il n'apporte, notons-le, aucune explication humorale et ne sert après tout qu'à remplacer le terme ancien d'idiosyncrasie. Cette idiosyncrasie, elle, paraît rentrer dans deux catégories de faits :

- les lésions du système endocrino-sympathique;
- les phénomènes biotropiques.

d) **L'Hérédo-Syphilis.** — Nous n'abordons pas ce chapitre sans appréhension. On ne nous a pas caché dans les divers milieux pédiâtriques où nous avons accès que si l'hérédo-syphilis est parfois découverte chez les enfants atteints de prurigo-strophulus, il n'y avait pas matière à bâtir une théorie pathogénique, ou mieux, étiologique.

Nous avons donc commencé cette thèse avec l'impression de tenir une gageure et nous nous sommes mis en mesure de réunir un certain nombre de cas de strophulus. C'est en examinant ces enfants, à la faveur des résultats sérologiques et des recherches familiales que notre conviction, si peu assise au début, s'est affirmée. Nous donnerons nos chiffres ultérieurement, mais l'on nous excusera pour l'exposé qui va suivre d'être désireux de placer nos conclusions à la suite de celles d'auteurs dont la haute autorité et l'expérience ne sauraient être mises en doute. Ainsi, les critiques que l'on pourrait nous adresser, nous pourrions y répondre en puisant nos arguments dans leurs travaux.

Rapports de l'Hérédo-Syphilis et du Strophulus Historique

Brocq dans son « métissage étiologique » mêlait déjà en 1896, l'hérédo-syphilis, la tuberculose héréditaire et le neuro-arthritisme. C'est **Blaschko**, en 1895, qui a insisté le premier sur les possibilités d'un rapport.

Jacquet précise cette opinion (1906). Mais c'est surtout **Leredde** qui en devient un défenseur ardent; il écrit d'abord (*Société Dermato.*, fév. 1919, p. 284) :

« Les conséquences de la syphilis sont loin d'être complètement connues, son domaine s'étend tous les jours; même en matière de dermatologie nous ne connaissons pas encore toutes les affections dont elle est la cause. »

La même année, à la même société, il rapporte les excellents résultats qu'il a obtenu de la médication arsenicale dans le prurigo-strophulus, Bientôt sa conviction est formelle et l'on va lire sous sa plume (Hérédosyphilis et famille syphilitique, Masson, 1925, p. 33) :

« Des dermatoses telles que... le prurigo sous toutes ses formes s'observent avec une **fréquence invraisemblable** chez des hérédosyphilitiques. »

Pour lui, la dermatose est une hémato-dermie d'origine syphilitique et qui a même une valeur diagnostique de l'infection héréditaire (loco citato, p. 286) :

« Chez l'enfant atteint de prurigo simplex (strophulus des médecins d'enfants) **les accidents cutanés constituent à eux seuls un signe de présomption de l'infection héréditaire d'une valeur extrême** et qui impose le traitement d'épreuve. L'action favorable de celui-ci peut aller jusqu'à la guérison complète. »

A l'appui de sa thèse, **Leredde** rapportait d'ailleurs dans ce même ouvrage, **quinze** observations de strophulus hérédos-spécifiques et nous reproduisons plus loin quelques-unes de celles-ci.

Ravaut s'attache à démontrer le rôle que joue la syphilis héréditaire dans les modifications que subit un organisme pour qu'y naissent les phénomènes de sensibilisation :

« Aucune infection par son action perturbatrice lente, latente, prolongée sur plusieurs générations ne saurait mieux nous rendre compte des différents caractères de ces troubles, de leur transmission héréd-

ditaire, de leur extension aux divers membres d'une même famille et de l'action de certains traitements, comme nous le verrons. »

Il précise sa pensée, en de nombreuses publications, il y insiste à la Société médicale des hôpitaux (13 octobre 1922, p. 1319) : « Il n'est pas toujours aisé de fournir la preuve de ce que nous avançons, mais, si l'on recherche les antécédents, si l'on étudie l'ambiance familiale, si l'on examine avec soin les malades, dans le but de découvrir des troubles dystrophiques externes ou internes, l'on retrouve souvent la syphilis héréditaire, »

« Il ne faut pas compter sur la réaction de Wassermann car elle est presque toujours négative chez ces malades dont l'infection peut être atténuée et presque toujours ancienne.

« En revanche, la thérapeutique fournit, à mon avis, un argument plus probant. »

Toujours en 1922, **Feuillé** rapporte les excellents résultats de la médication mercurielle à la Société médicale des hôpitaux.

Au cours d'une discussion à cette même société (20 octobre 1922) **Milian** affirme sa conviction :

« Le strophulus, ainsi que nous le publierons, est une maladie syphilitique », et la répète :

« Nous rappelons que le strophulus se voit surtout chez les hérédosyphilitiques. » (Revue Dermato. et Vénéréo, 1926, p. 109.)

L'idée fait son chemin. **Hudelo** inspire à M^{lle} **Cuénin** (1928) une thèse où sont exposés les rapports du

strophulus et de l'hérédo-syphilis : celle-ci atteindrait l'équilibre vago-sympathique, d'où troubles endocriniens.

Enfin, **Ribadeau-Dumas**, cité par M^{lle} **Vasseur** dans sa thèse (1929) admet l'étiologie hérédo-spécifique et **Artom** (*Dermosifiligráfico*, 1930, p. 608) insiste sur l'importance du terrain hérédo-spécifique.

Nous n'avons pas, est-il besoin de le dire, la prétention de relever tout ce qui a paru dans la littérature sur les rapports du prurigo-strophulus et de l'hérédo-syphilis. Au hasard de nos recherches bibliographiques, nous avons pu trouver les relations d'observations et nous en rapportons ici quelques-unes, sous la responsabilité de leurs auteurs.

1° Dans « **Hérédo-Syphilis et famille syphilitique** » (Masson, 1925, p. 286) de **Leredde**, treize observations de strophulus évoluant chez des hérédo-syphilitiques incontestables ou suspects, traités ou non.

Obs. 4. — C..., 14 mois, dont le père est Σ avéré.

Est guéri par le sulfar.

Obs. 5. — Ma..., 24 mois, dont le père est Σ .

Est incontestablement amélioré par le traitement d'ailleurs irrégulier.

Obs. 6. — Meus..., 30 mois. La mère est Σ , un frère est également atteint de prurigo-strophulus.

Obs. 7. — Pel..., 11 mois. La mère est Σ .

Obs. 8. — Lucien Ad..., 21 mois. Cécité après convulsions. Occlusion palatine incomplète. Une sœur morte subitement après convulsions.

- Obs. 11.** — Mas..., 18 mois. Parle à peine.
- Obs. 12.** — Ser..., 35 mois. Né avant terme. Chétif.
2 fausses couches chez la mère. 5 enfants en bas
âge morts, tous nés avant terme.
- Obs. 13.** — Spe..., 3 mois. Un frère de 14 ans, diplo-
pique avec ptosis de la paupière gauche.
- Obs. 14.** — Ton..., 18 mois. Ne parle pas. 2 fausses
couches chez la mère. **Guérison par sulfar.**
- Obs. 15.** — Vis..., 6 mois. Né avant terme.
On trouve plus loin, loco citato (p. 76).
- Obs. 11.** — M..., 2 ans 1/2. La mère est Σ (W. positif).
- Obs. 17.** — Charles P..., 11 mois. Grosse tête, Was-
sermann positif. Mère Σ .
- Obs. 66.** — M..., 20 mois. Hérédo- Σ de 2^e génération.
- Obs. 68.** — C..., 14 mois. Père Σ (marié quatre ans
après contagé). **Disparition par le novar.**

2^o Dans la thèse de Bardin (1902-03, Paris).

- Obs. 22.** — G. B... Prurigo récidivant. Enfant née à
8 mois. 5 frères et sœurs, 1 est mort à 5 mois de
méningite, 1 autre, cyanosé, à 15 jours.

3^o Dans l'article de Feuillé à la S. M. H., p. 1171,
1922.

- Obs. 7.** — Nourrisson 11 mois.

Guérison définitive au 10^e jour d'une série de pa-
quets renfermant 0.02 de calomel, dans du lac-
tose. 2 paquets par jour.

Obs. 8. — Prurigo-urticaire chez garçon de 6 ans.

Même traitement et **guérison** au 7^e jour.

4° **Dans la thèse de Mlle Cuénin** (1928, Paris).

Obs. communiquée par le Dr Rabut. — Pierre Ch...,
3 ans.

Depuis 1 an, prurigo-strophulus généralisé avec
paroxysmes prurigineux intenses, pas d'antécé-
dents héréditaires.

Agitation extrême, gros foie, strabisme, convulsions
anciennes. BW négatifs.

Une série de sulfar (0.03, 6, 9, 12, 15, 18, 18, 18)
et autosérothérapie. Guérison.

Obs. personnelles in Cuénin.

D. S..., 14 ans. — Atteinte à l'âge de 4 mois d'un pru-
rigo qui a fréquemment récidivé. Pas d'antécé-
dents héréditaires. Séro-réactions négatives.

Novar, 2 gr. 55. Disparition complète.

Réapparition dès cessation du traitement, novar à
nouveau : mal supporté. **Sulfar**, et **guérison**.

A. R..., 5 ans. — Strophulus depuis l'âge de 10 jours.
3 fausses-couches chez la mère. **L'enfant ne parle
presque pas.** Très nerveux. Wassermann et
Hecht négatifs.

3 séries de sulfar, en tout 2 gr. 76.

Guérison. La nervosité persiste.

T. S..., 10 ans. — Lésions de strophulus depuis la première enfance.

Malformations dentaires importantes.

Wassermann et Hecht négatifs.

En 6 piqûres de sulfar, guérison complète.

P..., 4 ans 1/2. — Strophulus depuis l'âge de 1 an 1/2.

La mère est morte de méningite à 32 ans.

Un enfant mort-né; pas de dystrophie apparente sinon un tubercule de Carabelli. Séro-réactions négatives.

Malgré la difficulté (traitement mal supporté) **guérison après 1 gr. 14 de sulfar.**

L..., 7 ans; M..., 3 ans. — Sont frère et sœur. Il y a un troisième enfant, **mort-né.**

— L... a du strophulus depuis l'âge de 4 ans. Un strabisme marqué et un tubercule de Carabelli.

— M... a du strophulus depuis l'âge de 2 ans.

Les séro-réactions sont négatives pour les deux.

5° **Dans la thèse de Mlle Vasseur (Paris, 1929).**

Obs. 5. — Mad. H..., 3 ans, est hérèdo-Σ.

Obs. 13. — B. C..., 3 ans, également.

Nous avons pensé qu'on ne nous reprocherait pas de nous engager sur un terrain où des maîtres comme **Brocq, Leredde, Ravaut, Milian** et **Hudelo** avaient déjà posé de solides jalons.

Recherches personnelles

Durant notre séjour dans le service de notre maître **Milian**, en 1930, nous avons déjà pu constater les résultats du traitement anti-spécifique au cours des prurigos infantiles à rechutes. Nous avons admis, sans l'approfondir, l'hypothèse d'une syphilis héréditaire fréquemment en cause.

Par la suite, dans le service de notre regretté maître **Louste**, à la consultation de médecine de Lariboisière, au cours de notre pratique hospitalière, nous avons fréquemment recherché et retrouvé des antécédents ou des stigmates pour tout cas de prurigostrophulus qui se présentait.

Lorsqu'on nous a proposé ce travail, nous n'avons pas voulu nous laisser influencer par une opinion préétablie. Nous avons cherché, le plus objectivement possible, à découvrir la preuve d'une filiation étiologique entre hérédo-syphilis et prurigo-strophulus.

Le travail nous a été grandement facilité par la bienveillante amabilité de nombreux chefs de service et assistants de l'hôpital Saint-Louis. Aussi avons-nous pu centraliser tous les cas de strophulus qui se présentaient, tant à la grande consultation de l'hôpital Saint-Louis, qu'à l'annexe **Grancher** adjointe au service du docteur **Babonneix** et à la salle **Henri IV** dans le service du docteur **Milian**.

En outre, un certain nombre d'observations nous

ont été obligeamment prêtées et nous sommes heureux de remercier particulièrement M^{lle} la doctoresse **Reitlinger** et MM. les docteurs **G. Garnier**, **Lafourcade** et **Picot**.

Peut-être enfin, n'est-il pas indifférent de signaler que le docteur **Milian** s'est astreint à examiner chaque malade, à le suivre. C'est dire que nulle erreur diagnostique ou thérapeutique n'était possible, et c'est aussi sanctionner la valeur des observations qui vont suivre.

Statistique.

De cette façon, nous avons pu réunir **50** cas de strophulus infantiles, en pleine évolution.

Sur le nombre, **6** répondaient à une étiologie précise et non influencée par un terrain hérédosyphilitique (asthme, ovalbumine, etc...) Nous les avons éliminés.

44 restaient. Et **39**, par leurs antécédents, leurs stigmates, leur sérologie (ou les deux, ou les trois ensemble) étaient hérédospécifiques. Nous les avons traités de la façon que nous indiquerons plus loin.

5 paraissaient n'avoir aucun lien qui les relie à la syphilis héréditaire. Nous les avons cependant traités.

Nous résumons ces chiffres dans le tableau ci-dessous :

50 strophulus vrais réunis	44	Pas d'hérédo-syphilis. 6 avec étiologie précise.
		39 sont Hérédo-Syphiliti- ques et traités. 5 paraissent non hérédo- spécifiques mais sont traités cependant.

Cette statistique appelle un premier commentaire. Un rapide calcul nous donne en effet l'énorme proportion de 78 % de strophulus évoluant chez des hérédo-spécifiques. Elle nous a étonnés et nous pensions être tombés sur une série. Elle n'a pas étonné notre maître le docteur **Milian**. Mais elle va être sans doute niée, puis critiquée par beaucoup.

Critiques.

1° On ne se fera pas faute de faire remarquer que le chiffre de 15 à 20 % d'hérédo-syphilitiques étant admis, il est déjà normal que sur cent strophulus, 20 de nos malades soient syphilitiques héréditaires, si l'on admet 10 % de coïncidences possibles, l'on obtient le chiffre extrême de 30 %; les 48 % qui restent résultent donc de stigmates hérédo-spécifiques sans valeur.

2° Voici le point délicat de la question : la valeur des stigmates de l'hérédo-syphilis. Selon ceux que les

auteurs admettent, on sait que les pourcentages de l'hérédo-syphilis passent de 5 à 40 %, et c'est ce qui oppose les écoles, l'une restreignant le domaine de l'infection tréponémique héréditaire, l'autre lui faisant une place démesurée.

Il ne saurait être question de détailler ici les signes cliniques que nous jugeons valables pour poser un diagnostic d'hérédo-syphilis. Il en est qui ne sont guère admis, tels le nez en selle, écrasé et élargi à la base, le microdontisme, l'absence d'incisives latérales supérieures et en particulier toutes malformations osseuses. Pour notre part, ils n'acquièrent de valeur que lorsque leur groupement est suffisant, comme on pourra le voir.

Nous proposons toutefois, pour qu'on ne puisse discuter le bien-fondé de notre statistique en basant sa critique sur la discussion des stigmates et leur manque d'absolu, de se reporter au tableau que nous avons dressé page 68 et aux observations.

On voit ainsi que 7 de nos strophulus ont une sérologie positive, soit **14 % d'hérédo-syphilis actives sûres.**

En dehors de toute sérologie positive chez l'enfant, 6 fois le Wassermann est positif chez la mère, **soit 12 %** et l'unanimité est à peu près faite sur l'infection du produit conceptionnel à partir de la lignée maternelle (la loi de Profeta, comme celle de Colle-Baumes étant périmée).

Toujours en dehors de sérologie positive chez l'en-

1° Hérédosyphilitiques traités	Stigmates enfant	W enfant	W père	W mère	Stigmates parents	Traité	Résultats
Obs. 1	+	—	—	—	—	+	+++
» 2	+	—	—	—	—	+	+++
» 3	+	+	—	+	+	+	+++
» 4	+	—	—	—	—	+	+++
» 5	+	—	—	+	+	+	+++
» 6	+	—	—	+	+	+	+++
» 7	+	—	—	+	+	+	+++
» 8	+	+	—	—	—	+	+++
» 9	+	—	—	—	—	+	+++
» 10	+	—	—	—	—	+	++
» 11	+	—	—	—	—	+	+++
» 12	+	—	—	—	—	+	++
» 13	+	—	—	—	—	+	++
» 14	+	+	—	—	—	+	++
» 15	+	—	—	—	—	+	++
» 16	+	—	—	—	—	+	++
» 17	+	—	—	—	—	+	++
» 18	+	—	—	+	—	+	+
» 19	—	+	—	—	—	+	+
» 20	—	+	—	—	—	+	+
» 21	+	—	—	+	—	+	+
» 22	—	+	—	—	—	+	+
» 23	—	—	+	—	+	+	++
» 23 bis	—	—	+	—	+	+	++
» 23 ter	—	—	+	—	+	+	++
» 24	+	—	—	—	+	+	++
» 25	+	+	—	+	+	+	++
» 26	+	—	—	+	+	+	—
2° Hérédosyphilitiques non traités							
Obs. 26 bis	+	—	—	+	+	—	
» 27	+	—	—	—	+	—	
» 28	+	—	—	—	+	—	
3° Enquête héréditaire négative							
Obs. A	—	—	—	—	—	+	+++
» B	—	—	—	—	—	+	+++
» C	—	—	—	—	—	+	+
» D	—	—	—	—	—	+	+
» E	—	—	—	—	—	+	—

fant, et en outre chez la mère, trois Wassermann sont positifs chez le père. Ici les discussions sont plus vives. Mais c'est tout de même une très grande probabilité d'admettre l'hérédo-syphilis de l'enfant, **soit donc 6 %**.

Ainsi donc, les réactions sérologiques permettent en quelque sorte d'affirmer l'hérédo-syphilis dans :

12 % des cas (W mère positif en dehors de tout résultat positif chez l'enfant);

+ 6 % des cas (W père positif en dehors de tout résultat positif chez l'enfant et chez la mère);

+ 14 % des cas (W positif chez l'enfant);
soit 32 % cas de syphilis héréditaires quasi-certaines.

Restent à discuter les cas où seuls interviennent les stigmates et antécédents. Nous laissons de côté évidemment, les 14 observations dont les sérologies ont été positives chez l'enfant et les parents. **Nous laissons également de côté, tous les cas où existent seulement les stigmates que nous croyons valables et que la majorité des auteurs n'admettent pas.**

Il reste cependant 8 observations, dont on ne contestera pas les signes d'hérédo-syphilis retenus. Au surplus, les voici :

1° L'enfant Mav... Claude, de l'Obs. n° 5, a un gros ventre, des irrégularités dentaires, des jambes incurvées, il présente tous les signes d'un « rachitisme pré-

cocce » (signe d'hérédo- Σ admis par Marfan et Apert). Enfin il ne parle pas encore, à 23 mois.

2° Le Boz... Jacques (Obs. n° 2) à 15 mois n'a pas sa fontanelle soudée. Strabisme convergent et phimosis.

3° Nic... Simone (Obs. n° 4) a des bosses frontales volumineuses, un strabisme interne, une voûte palatine ogivale.

4° L'enfant Pré... (Obs. n° 9) est d'une pâleur extrême, il a été un débile (2 kg 500 à la naissance), sa première dent a percé à 13 mois. Il ne marche pas encore à 23 mois.

5° Pau... (Obs. n° 17) a une voûte palatine ogivale, des bosses frontales très développées, des végétations adénoïdes précoces, un lobule de l'oreille soudé.

Voilà pour les stigmates. Mais pour les antécédents :

6° Les parents de l'enfant Tra... Daniel ont eu (Obs. n° 24) 3 enfants morts dont un de méningite.

7° La mère de Dep... Odette a eu 2 fausses couches (Obs. n° 27) non provoquées de 3 mois et 1 mois 1/2.

8° Dans les antécédents de Tafa... Denis (Obs. n° 28) hérédo-syphilitique de deuxième génération, la sœur de la mère a eu une grossesse gémellaire univitelline, le frère de la mère est mort de méningite.

Ces 8 observations dont les stigmates ne sauraient guère se discuter apportent 16 % au pourcentage des syphilis héréditaires quasi obligatoirement admises, **soit un total de 48 %.**

Conclusion : en admettant qu'on nous refuse d'accorder à certains stigmates, ou plutôt, au groupement

de certains stigmates une valeur dénonciatrice d'infection syphilitique héréditaire, il n'en reste pas moins que 48 % de nos strophulus, sont hérédo-spécifiques, soit **près de la moitié**, et cela, aux termes mêmes des définitions généralement admises.

3° Et enfin il y a la question du traitement.

Il semblerait que ce soit très simple. En bien d'autres occasions, lorsque la discussion diagnostique ou étiologique est trop ardue, on s'en remet au traitement d'épreuve. On lui accorde la voix ultime et qui départage. On ne veut pas l'admettre pour le prurigostrophulus. A ce sujet on range dans trois clans les négateurs :

— ceux qui refusent toute valeur a priori au traitement anti-spécifique;

— ceux qui reconnaissent les heureux résultats de ce traitement mais l'expliquent en tant que cholagogue et diurétique;

— ceux qui reconnaissent l'effet thérapeutique, ne l'expliquent pas mais nient l'hérédo-syphilis.

a) pour les premiers, toute discussion est superflue.

b) pour les seconds, peuvent-ils admettre qu'ils s'agissent d'un résultat de cholagogue uniquement, d'un régulateur de l'insuffisance hépatique lorsque l'on voit parfois dès la première injection le mercure arrêter et assécher d'un seul coup des éléments qui se répétaient sans relâche depuis plusieurs mois? N'y a-t-il pas dans cette sédation brusque — peu fréquente, hâtons-nous de le dire — la signature d'une thérapeutique anti-tréponémique, comme celle qui

jugule du jour au lendemain une céphalée de plusieurs semaines ou une névrite de plusieurs années?

Et par la suite, à côté de l'effet sur l'éruption, peut-on parler de cholagogue devant les effets sur l'état général? D'abord sur les signes fonctionnels : presque toujours, le soir même le prurit cesse, l'enfant insomnique retrouve le sommeil. Par la suite, la constipation pourtant opiniâtre se régularise, la nervosité s'atténue, l'appétit reprend, la pâleur fréquente disparaît. Tout cela implique qu'on vient d'introduire dans un organisme une médication générale, une thérapeutique de base dont le besoin se faisait durement sentir.

Conclusions.

Lorsque l'on retrouve, à l'origine d'une affection, dans les anamnestiques ou en fouillant l'hérédité, un même élément pathologique selon un pourcentage de 78 %, **ce n'est plus un antécédent, c'est une cause.**

Nous ne pensons pas être subversifs en exposant cette opinion. C'est elle qui a guidé le grand **Fournier** dans ses recherches sur l'étiologie du tabès et de la paralysie générale. Il a fait ses découvertes sans laboratoire, sans le secours d'aucune sérologie, mais lorsqu'il a retrouvé dans les antécédents des tabétiques (non pas de ses anciens malades, mais de ceux de toute origine) 80 fois pour cent la syphilis, il a conclu à une relation de cause à effet.

C'est ce que les faits nous obligent de faire pour

le prurigo-strophulus. Qu'on les discute, soit, mais aussi que l'on essaie de les contrôler. Il n'est rien de plus aisé que de faire les enquêtes que nous avons faites, il n'est guère délicat d'instituer les traitements que nous avons ordonnés. Peut-être alors, les résultats obtenus permettront-ils que l'on pense, comme nous le pensons avec notre maître **Milian**, que :

« l'hérédo-syphilis est la cause de la plupart des strophulus ».

Mode pathogénique d'action.

Nous allons être beaucoup moins affirmatifs lorsqu'on nous demandera de définir le mode d'affection de l'infection héréditaire. Aussi bien en est-on réduit, sur ce chapitre, aux hypothèses.

Nous en exposons quatre dont aucune peut-être n'est la bonne.

1° Par lésions du sympathique :

L'infection des terminaisons nerveuses créerait prurit et séro-papules. En même temps d'ailleurs que des atteintes viscérales nombreuses. Trouble endocrino-sympathique par conséquent. Nous nous rapprochons complètement des idées défendues par **Ravaut** qui faisait de l'hérédo-spécificité, la pourvoyeuse en « maladies de sensibilisation », de **Mouriquand**, qui parle de « l'hérédo-syphilis, diathèse de colloïdoclasie » et de beaucoup d'autres.

Et cependant ! Où se fait l'infection ? Pourquoi

l'éruption serait-elle localisée à certaines zones (faces d'extension des membres)? Pourquoi y a-t-il au début, des poussées localisées, alors que l'infection devrait être logiquement dispersée?

2° Par septicémie tréponémique :

Ce n'est pas le lieu de détailler le mode général d'action du tréponème au cours de l'hérédo-syphilis. On sait cependant que l'infection précoce du début, passé un certain stade, se met en veilleuse, se stabilise. Les tréponèmes se sont taillés des repaires, où, danger latent, ils veillent. Pour une cause ou une autre, les voilà ralliés. Ils essaient, ils courent le long des voies circulatoires. Ainsi font les microbes éberthiens, partis des plaques de Peyer. Finalement, les voici à la surface du tégument : ils ont réalisé une véritable roséole urticarienne.

A vrai dire, cette explication ne nous satisfait guère. Non pas, parce que l'on ne trouve pas de tréponèmes dans le sérum des papules du strophulus (en trouve-t-on dans les gommages?), mais parce que c'est peu le fait d'accidents syphilitiques efflorescents de récidiver à longue échéance sous la même forme. Les interminables poussées de prurigo-strophulus ne portent pas le cachet de la tréponémie vraie.

3° Septicémie microbienne :

On peut supposer le même processus, mais réalisé cette fois par un microbe inconnu, que l'on peut appeler microbe du prurigo et dont la virulence serait

réactivée par l'hérédo-syphilis. Le strophulus, phénomène biotrope, n'est pas impossible. Et ce serait assez dans la note de certains microbes s'apparentant au staphylocoque que ces poussées sans cesse rééditées d'éléments. Ici encore, le laboratoire n'a peut-être pas dit son dernier mot.

4° Les troubles digestifs :

« Quand ils ne s'expliquent ni par une alimentation excessive, insuffisante ou défectueuse, quand ils s'accompagnent de symptômes dystrophiques que l'on s'explique mal, quand ils résistent à un traitement judicieux et se reproduisent sans raisons plausibles, on est en droit de penser à la Syphilis », nous dit Hutinel (Le terrain hérédo-spécifique, p. 82).

« Les intolérances alimentaires sont particulièrement fréquentes chez les hérédo-syphilitiques. Il peut s'agir d'intolérance pour le lait, les œufs, les farines. La syphilis provoque ces troubles en déterminant soit un état diathésique facilitant l'apparition d'accidents anaphylactiques, soit des lésions digestives et en particulier des lésions hépato-pancréatiques. » (J. Hutinel et A. Linossier-Ardoin, L'hérédo-syphilis clinique et thérapeutique, 1932.)

Or, la plupart des enfants que nous avons traités avaient eu des troubles digestifs. Ils avaient été vus et suivis par des pédiâtres consciencieux qui leur avaient ordonné des régimes alimentaires rationnels. Lorsqu'on nous les a amenés, ils continuaient leur régime, sans rien changer à leur strophulus. L'anorexie,

la constipation, le ballonnement et l'empâtement abdominal étaient de règle.

Même lorsqu'il n'agissait que lentement sur l'éruption, le traitement a amené la guérison rapide de ces troubles.

C'est pourquoi, nous pencherons plutôt vers cette dernière hypothèse qui aurait le mérite de relier la pathogénie la plus couramment admise à l'hérédospecificité :

« Le prurigo-strophulus est une dermatose récidivante à point de départ intestinal, par troubles digestifs hérédosyphilitiques. »

TRAITEMENT

On verra que nos vieilles observations comportent un traitement au sulfar, nous donnons actuellement la préférence au mercure.

Règles.

1° Faire une série d'injections intra-musculaires selon la technique habituelle d'huile grise. 5 divisions de la seringue de Barthélémy tous les cinq jours, dix en tout;

2° Faire un traitement prolongé avec intervalles normaux entre les séries. L'étager parfois sur une année;

3° Dans l'intervalle des séries, calomel per os à raison de 0,02 cgr par jour durant 20 jours.

Résultats.

Parfois, fonte brusque de l'éruption à la première piqure. En général, la première fois, diminution du prurit. Poussée moins forte. Aux injections suivantes: disparition du prurit, sommeil recouvré, quelques éléments vite asséchés en place des abondantes efflorescences tenaces.

Disparition vers la sixième piqure. Guérison à la fin de la série.

Parfois, reprise vers la fin et nécessité d'une deuxième série. En tous cas, dès qu'on arrête le traitement **reprise**, au même titre qu'un accident secondaire. Prévenir la famille de l'éventualité d'une thérapeutique de longue haleine.

Un traitement prolongé vient à bout de presque tous les strophulus d'origine hérédospécifique.

OBSERVATIONS

I. — Hérédo-Syphilitiques traités

OBSERVATION N° 1. — Communiquée par le D^r Garnier,
Assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis.

COR... Lucien, 15 mois.

Consulte au dispensaire antivénérien de Pontoise le
26 septembre 1934.

I. — A L'EXAMEN

1° Les lésions cutanées :

Elles dominent aux membres inférieurs et supérieurs (faces d'extension) mais atteignent également la face. Les éléments sont pustulo-croûteux, il y a des stries de grattage, des plaques érythémateux ortiés, une impétiginisation secondaire!

On porte le diagnostic de « prurigo infecté » en réservant la découverte de l'étiologie dès que le processus infectieux inflammatoire aura disparu. Donc, solution au cristal-violet et pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Le 3 octobre, il n'y a plus d'infection et l'on peut poser un diagnostic ferme de prurigo-strophulus.

2° L'enfant :

C'est un hérédosyphilitique typique : le front est bombé, le nez « en selle », élargi et écrasé à sa base, les lobules de l'oreille soudés.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien d'intéressant. Fils unique. Pas de fausses-couches chez la mère dont les réactions sérologiques sont négatives (Hecht, Mcinicke, Kahn) le 24 octobre.

III. — TRAITEMENT

Du 24 octobre 1934 au 9 janvier 1935.	Sulfar 0 g. 72 et Calomel 2 cgr. par jour durant un mois.	Le 9 janvier 1935 : Amélioration des lésions. Le 20 février : Dispa- rition du strophu- lus.
Du 20 février au 29 mai 1935.	Sulfar 0 g. 96 et Calomel à 2 cgr. par jour durant un mois.	Le 28 août : Guérison du strophulus, l'en- fant reste très ner- veux.
Du 28 août au 6 novembre 1935.	Sulfar 0 g. 94.	

Le 20 novembre : On revoit l'enfant. La guérison persiste, macules pigmentaires reliquat de l'éruption.

IV. — RESULTATS

Guérison rapide d'un strophulus chez un héréd.

OBSERVATION N° 2. — Personnelle.

LE BOZ... Jacques, 15 mois.

Consulte le 3 novembre 1934 pour éruption généralisée, salle Henri-IV (D^r Milian).

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Est typique et abondant, il date d'un mois et demi.

2° L'enfant :

Est manifestement héréd-Σ : la fontanelle n'est pas encore soudée, strabisme interne de l'œil droit, nez à base élargie et écrasée, bouche en « chapeau de gendarme », phimosis, menton en retrait. Le Wassermann est négatif.

II. — LES ANTECEDENTS

Les parents sont bien portants. Tubercule de Carabelli et lésion oculaire chez la mère. Wassermann négatif.

III. — LE TRAITEMENT

Du 3 novembre
au 7 décembre
1934.

7 piqûres d'huile
grise à 5 divisions.

Le 10 novembre :

Quelques éléments
nouveaux sur la
cuisse gauche.

Le 15 novembre :

Quelques éléments
nouveaux sur l'é-
paule droite et
l'abdomen.

Le 20 novembre :

Eruption disparue.

Le 4 décembre : Une

vingtaine d'élé-
ments sur coude
gauche.

Le 7 décembre : Gué-
rison.

IV. — CONCLUSION

Disparition rapide d'un strophulus chez un héréd-Σ.

OBSERVATION N° 3. — Personnelle.

MOR... Madeleine, 20 mois.

Consulte le 17 avril 1926.

1° Le strophulus est abondant, très nettement reconnais-
sable sur les faces d'extension des membres et les lombes. Il
dure depuis 6 mois et n'a pas disparu après régime et pepto-
nothérapie.

2° L'enfant est manifestement héréd-σ-spécifique et le
Wassermann est fortement positif (sw + + +) le 17 avril
1926, de même que chez la mère (sw + + +) à la même
date.

3° Le traitement à l'huile grise est institué.

— à partir du 17 avril, 10 injections d'huile grise (5 divi-
sions de la seringue de Barthélemy).

— à la 3° piqûre (24-4-26) l'éruption a complètement dis-
paru et ne reparait plus.

— on continue le traitement anti-spécifique par cures.

4° RESULTATS

Guérison en 3 piqûres d'un strophulus durant depuis 6 mois et rebelle aux traitements diététiques.

OBSERVATION N° 3. — Personnelle.

NIC... Simone, 2 ans 1/2

Consulte pour éruption récidivante le 26 avril 1923.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Typique et très disséminé.

2° L'histoire clinique :

Dure depuis 2 ans. Avec des accalmies et des recrudescences.

3° L'enfant :

Chétif et pâle. Grosses bosses frontales, voûte palatine ogivale, strabisme externe œil droit. Wassermann négatif le 26 avril 1923.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien à signaler. Wassermann négatif chez la mère et le père.

III. — TRAITEMENT

Du 21 janvier 1923 au 25 mai 1923, novar intra-veineux irrégulièrement (0 gr. 55). — 3 Wassermann négatifs.

Le 4 mai : l'éruption a rétrocedé dans la proportion de 80 %.

Le 1^{er} juin : Guérison.

IV. — RESULTATS

Disparition d'une éruption qui durait depuis 2 ans.

OBSERVATION N° 5. — Communiquée par le D^r Lafourcade, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

MA... Claude, 23 mois.

Envoyé du dispensaire de Pierrefitte (D^r Lafourcade) le

12 novembre 1935 pour prurigo-strophulus en cours de traitement par le sulfar.

1° L'histoire clinique.

Il y a 1 an (juillet 1934), l'enfant a la varicelle. Guérison. Quinze jours après poussées d'éléments pseudo-varicelleux, ne laissant pas d'intervalle libre. Infection secondaire par places.

D'abord prise pour un prurigo parasitaire, la dermatose est reconnue pour être un strophulus (août 1935) et traitée par traitement anti- Σ . En effet :

2° L'enfant.

Est héréd- Σ sans conteste. Front fortement bombé, nez « en selle » aplati et élargi à sa base, bouche en « chapeau de gendarme », gros ventre, constipation habituelle, irrégularités dentaires. Jambes incurvées. Né à terme, a eu sa première dent à 6 mois, a fait ses premiers pas à 13, **ne parle pas encore**. Cœur, réflexes, poumons normaux. Wassermann négatif.

3° Les antécédents héréditaires.

Peu de choses. La mère a eu deux autres enfants bien portants. On note une anomalie congénitale, une taie conjonctivale gauche qui semble une paupière supplémentaire rudimentaire. Grosse vulnérabilité dentaire avec caries. Wassermann négatif.

Le père est porteur de lésions pulmonaires suspectes.

4° Traitement.

L'enfant reçoit 4 piqûres de sulfar (1, 3, 3, 6), la dernière datant du 5 novembre. On le laisse sans traitement une semaine, à la fin de laquelle il se présente, le 12 novembre.

— **Le 12 novembre** : la mère déclare que l'éruption qui était presque complètement disparue dès la troisième piqûre, alors que les poussées étaient incessantes auparavant, a recommencé dès qu'on a cessé le traitement. De fait, 5 ou 6 nouveaux éléments du poignet et de la main droite, autant sur le tiers inférieur jambe gauche.

On remet l'enfant au sulfar.

— **Le 26 novembre** : l'éruption a complètement disparu. Aucun élément nouveau. L'enfant dort bien.

— **Le 3 décembre** : Plus d'éléments.

5° Résultats.

Arrêt d'évolution d'un strophulus par le sulfar, reprise dès cessation du traitement, sédation nouvelle une fois la thérapeutique recommencée (on poursuit le traitement).

OBSERVATION N° 6. — Communiquée
par M^{lle} le D^r Reitlinger.

DEM... Gastonne, 28 mois.

Consulte le 28 octobre 1922 pour éruption persistante.

I. — A L'EXAMEN

1° Les lésions cutanées.

Le 28 octobre on ne trouve pas d'éléments de prurigo-strophulus typique. Mais des macules, des stries de grattage, du prurigo. Le tout évoquant la phtiriase. Lentes abondantes dans les cheveux. On met l'enfant en observation durant 15 jours et l'on ordonne des bains sulfureux.

Le 18 novembre : 30 éléments typiques de strophulus.

2° L'histoire clinique.

Depuis 11 mois (moment du sevrage), éruption généralisée avec améliorations et récidives, prurit marqué. La mère décrit assez bien l'élément : « C'est comme de l'urticaire avec une boule blanche. »

3° L'enfant.

Heredo-Σ évident (voir antécédents). Base du nez écrasée, front bombé, grosses épiphyses. W. négatif.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : Syphilitique reconnue depuis 1914 (gomme du nez). 4 grossesses :

Aimée : 13 ans. Pilosité du front, cicatrices radiées des lèvres. Sw positif (Sw +).

Un enfant mort à 4 mois de broncho-pneumonie.

Un enfant mort à 10 ans d'asystolie.

Gastonne : 28 mois, qui consulte.

Sw fortement positif (Sw +++). Angor et aortite.

Le père : Wassermann négatif. Leucoplasie linguale et psoriasis gyrata.

III. — TRAITEMENT

Du 30 décembre 1922 au 6 janvier 1923.		Novar IV (8 et 10 cgr.).
--	--	--------------------------

Du 20 janvier au 24 mars 1923.		(10, 10, 10, 12, 10, 12, 14, 16, 18). Novar IV (9 injections).
-----------------------------------	--	---

Du 7 avril au 19 avril 1923.		(18, 19, 20). Novar I-V.
---------------------------------	--	--------------------------

Le 28 avril : Nouveaux éléments de phtiriase, mais pas de lésions de strophulus. Bains sulfureux.

IV. — RESULTATS

Guérison par le traitement anti-spécifique d'un strophulus persistant intriqué avec phtiriase. Persistance de la "parasitose. Guérison contrôlée :

Le 7 juillet 1926 (3 ans après).

« Depuis 3 ans, l'enfant n'a plus rien eu. » (D^r Milian.)

OBSERVATION N° 7. — Personnelle.

DUP... William, 3 ans.

Consulte pour éruption généralisée, le 18 août 1925.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Il est typique. Les éléments prédominent aux faces d'extension des membres.

2° L'histoire clinique :

L'éruption date de 6 mois (novembre 1924). Nombreuses poussées.

3° L'enfant :

Né à terme. Poids à la naissance : 4 kgr. Actuel : 12 kgr.
Front bombé. Wassermann négatif.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

1° La mère : A eu cet enfant à 43 ans. Elle a souffert de 20 à 30 ans de céphalée nocturne.

Réflexes achilléens faibles. A eu 4 grossesses :

D'un premier mari	En 1897 : Fille morte à 3 mois.
mort bacillaire.	En 1920 : Fausse-couche de 6 semaines.
D'un deuxième lit.	En 1921 : Fausse-couche de 6 semaines.
	En 1922 : Garçon qu'on amène.

Wassermann positif (W + +) le 8 août 1925.

2° Le père : Aurait fait faire un Wassermann qui aurait été négatif.

Nystagmus latéral.

III. — TRAITEMENT

Du 18 août au 10 octobre 1925.	9 injections de sulfar (de 3 à 17 cgr.)	Le 24 août : Dès la 2° piqûre, l'éruption s'atténue. Plus d'élément nouveau. Le 3 octobre : Disparition de l'éruption.
--------------------------------	---	---

L'enfant est revu le 7 juillet 1926, 1 an après.

L'éruption n'a plus reparu. L'enfant n'a plus un bouton (Dr Milian). Elle a eu, un certain temps, de la liqueur de Van Swieten, on la met durant 2 mois à l'hectine (30 gouttes pro die).

IV. — RESULTATS

Disparition sans récédive, en 15 jours, d'une éruption datant de 6 mois.

OBSERVATION N° 8. — Personnelle.

JIC... Suzanne, 16 mois.

Consulte le 5 août 1921 pour éruption ancienne et constamment récidivante.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Il est typique et disséminé sur tout le corps.

2° L'histoire clinique :

L'éruption actuelle n'est qu'une poussée après de très nombreuses poussées dont la première se place presque immédiatement après la naissance. Le strophylus dure donc depuis 16 mois.

3° L'enfant :

Née à terme, présente de nombreux stigmates héréditaires. Sa première dent est apparue tard, à 1 an ses bosses frontales sont très développées, son nez est en selle, écrasé à la base; on note un léger genu valgum droit, un microdontisme net; de l'anorexie.

Le 5 août 1921, le Wassermann est positif total (sw + + +).

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien à signaler. Wassermann négatif chez la mère.

III. — TRAITEMENT

Du 20 octobre au 17 novembre.	5 injections I.V de novar. (0.04, 0.04, 0.04, 0.04, 0.05).
----------------------------------	---

Le 27 octobre : Pas de nouveaux éléments. L'enfant va mieux. La mère n'a pas observé de prurit.

Le 3 novembre : Pas d'éléments depuis une quinzaine.

Le 10 novembre : Eruption légère de l'avant-bras gauche depuis une semaine.

Du 1 ^{er} déc. au 22 décembre,	4 injections I.V de novar. (0.06, 0.07, 0.07, 0.07),
--	---

Le 15 décembre : L'éruption est guérie le 22 : Persistance de la guérison.

IV. — RESULTATS

On revoit l'enfant le 18 juin 1926, soit 5 ans après. Une petite sœur est née qui a actuellement 15 mois et chez qui l'on note également un front bombé, un nez en selle, une bouche en « chapeau de gendarme », un gros ventre, un genu valgum bilatéral.

Notre ancienne malade est maigre, avec un gros ventre et un thorax évasé, mais n'a plus eu de poussée depuis le traitement.

Il y a donc eu guérison rapide et sans récurrence d'un strophulus datant de plus d'un an.

OBSERVATION N° 9. — Personnelle.

PRE..., 23 mois.

Consulte le 1^{er} octobre 1925 pour éruption très prurigineuse.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Eruption papulo-vésiculeuse prurigineuse généralisée. C'est un prurigo-strophulus sans conteste.

2° L'histoire clinique :

Le début remonte au mois d'août. Examinée aux Enfants-Malades, l'éruption est étiquetée « urticaire » et l'on supprime œufs et lait de l'alimentation. De nouvelles poussées ont lieu cependant.

3° L'enfant :

Est très pâle; le nez est creusé en selle, aplati à sa base, le front est bombé. L'enfant a pesé 2 kg. 500 à la naissance (11 kgs actuellement), elle a eu sa première dent à 13 mois, n'a jamais présenté de troubles gastro-intestinaux. Elle ne marche pas encore à 23 mois.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Les parents sont bien portants. Pas de fausses-couches chez la mère. Le 1^{er} octobre 1925, sw négatif chez la mère, le père et l'enfant.

On institue un traitement au sulfar.

III. — TRAITEMENT

Du 1 ^{er} octobre au 2 décembre.	9 piqûres de sul- far (2, 4, 6, 8, 10, 12, 12, 12 12).	Le 5 novembre : L'enfant commence à marcher, quelques éléments sont apparus sur le dos. Le 26 nov. : Sw = 0. Eruption légère, partie antérieure du thorax. Le prurit a considérablement diminué. Lé 2 déc. : Eruption complètement disparue. Pas de nouvelles poussées, mais 2, 3 jours après les injections, vomissements qui durent 2 ou 3 jours. On met alors l'enfant à l'huile grise.
Du 3 décembre au 4 février.	8 piqûres d'huile grise (5 divisions).	Le 17 décembre : La piqûre du 10 n'a pas été faite. Quelques éléments urticariens sont apparus sur le ventre et les fesses.
Du 11 février au 18 février.	2 piqûres de sul- far : 4 et 6 cgr.	Le 11 février : Légère éruption prurigineuse après chaque piqûre, ne durant que 24 h. Sw = 0.

L'enfant a engraisé de 500 gr. depuis le début du traitement (4 mois). Elle marche seule.

Le 17 juin : L'enfant n'a plus eu de traitement, la mère ne

pouvant continuer à l'amener. Cependant, elle continue à bien dormir, l'éruption n'a plus reparu.

IV. — RESULTATS

Malgré un traitement insuffisant, disparition depuis 6 mois d'une éruption datant de 3 mois et qu'un sévère régime n'avait pas fait disparaître.

OBSERVATION N° 10. — Personnelle.

TOR... Denise, 2 ans.

Strophulus vu et diagnostiqué le 30 août 1923 durant depuis 2 mois et demi, et s'étant déjà manifesté il y a 6 mois.

Chez une enfant ayant quelques stigmates hérédo-spécifiques : front bombé, voûte palatine ogivale, yeux bridés, bosses frontales développées. Wassermann négatif.

Traitement : Sulfar, 12 injections I.V. (1 gr. 07) du 30 août 1923 au 16 novembre 1923.

A partir de fin octobre, l'éruption a disparu et ne se remontre plus.

OBSERVATION N° 11. — Personnelle.

JAL... Janine, 2 ans et demi.

Consulte, envoyée pour strophulus par la grande consultation, le 14 novembre 1935.

1° Les lésions : sont effectivement typiques.

2° L'histoire : les poussées se succèdent sans interruption depuis 6 mois. A l'hôpital Trousseau, traitement par calomel buccal : disparition, puis récides. Ensuite, traitée pour gale.

3° L'enfant est venue à terme, son développement s'est normalement effectué. Le front est bombé, la voûte palatine ogivale, les yeux bridés. La constipation est opiniâtre. Cœur, poumons, réflexes normaux.

4° Les antécédents héréditaires ne donnent rien. Les réactions sérologiques sont négatives chez la mère et l'enfant.

5° Traitement :

La mère, se disant infirmière de l'hospice de Brévannes et désireuse de ne point se déplacer, nous lui donnons un mot pour faire assurer le traitement par un médecin de l'hospice.

Nous revoyons l'enfant et la mère le 28 novembre. La mère a voulu pratiquer elle-même les injections : a-t-elle confondu les doses, la seringue de Barthélemy et l'ordinaire, a-t-elle fait les piqûres sous-cutanées? Toujours est-il que les 2 injections faites — une dans chaque fesse — ont provoqué deux nodules empâtés, larges comme une paume de main avec rougeur vaineuse, chaleur et douleur. Abscessus probable en formation. Pas de signes généraux, pas de gingivite.

Dès la première piqûre — et pour cause! — arrêt brusque du strophulus. Depuis, il ne reparait plus, la réserve mercurielle intra-fessière expliquant assez sa disparition.

5° Résultats :

Disparition immédiate de l'éruption par injections non résorbées. Méthode de guérison héroïque et non recommandable.

OBSERVATION N° 12. — Personnelle.

ROÜ... Jean, 6 ans.

Consulte le 29 octobre 1934 pour éruption papulo-vésiculeuse généralisée (envoyé de la consultation générale).

I. — A L'EXAMEN

1° Les lésions cutanées :

Lésions polymorphes avec des papules de prurigo excoriées, des plaques parakératosiques des jambes, des éléments de strophulus typiques qui prédominent aux faces d'extension des membres et surtout autour des coudes. A ce niveau et aux poignets, plaques lilacées avec bordure érythémateuse vermillonnée : érythème polymorphe caractéristique.

2° L'histoire clinique :

1. Le strophulus dure depuis 6 mois par poussées irrégulières. Le début aurait été diagnostiqué « urticaire » et traité par régime. L'enfant y est resté : pas de poissons, d'œufs, de porc, de fromages frais.

2. L'érythème polymorphe date de 3 jours.

3° L'enfant :

Est bien portant. Né à terme, première dent à 10 mois, premiers pas à 14. Lobules soudés, axiphœdie et veinosités frontales,

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien à signaler. Parents bien portants, pas de fausses-couches chez la mère. Une sœur de 4 ans et demi bien portante. Wassermann négatif chez la mère et l'enfant.

III. — TRAITEMENT

D'abord : suppression du régime. Bains d'amidon.

Le 2 novembre : l'érythème polymorphe a disparu.

Du 5 novembre au	8 inj. d'huile grise
5 décembre 1935.	à 5 divisions.

Le 9 nov. : 1 nouvel élément face externe du bras gauche. 2 éléments nouveaux sur l'avant-bras droit. Le prurit n'a plus réveillé l'enfant dès le soir de la première piqure.

Le 16 nov. : Nouveaux éléments peu nombreux sur le poignet. L'enfant dort bien.

Le 19 nov. : Poussée légère sur le corps.

Le 21 nov. : Pas d'éléments nouveaux.

Le 26 nov. : Plus de nouvel élément. Ne se gratte plus. Dort très bien.

Le 3 déc. : Guérison.

IV. — RESULTATS

Guérison rapide, et à consolider, d'un strophulus durant depuis 6 mois.

OBSERVATION N° 13. — Personnelle.

CAR... Simone, 5 ans.

Consulte pour éruption généralisée le 13 octobre 1920.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

L'enfant en est couverte. Par endroits quelques éléments infectés et impétiginisés. Pas de parasitose.

2° L'histoire clinique :

Le début remonte à 3 ans. Les poussées se sont succédées. Depuis 1 an l'enfant n'en avait pas eu, celle-ci dure depuis 1 mois.

3° L'enfant :

Peu de stigmates. Yeux bridés et carie dentaire noire. Jambes (tibias) incurvés légèrement. Wassermann négatif le 13 octobre 1920.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Père et mère bien portants. Wass. négatifs.

III. — TRAITEMENT

En quelques jours, disparition complète du strophulus après cure de liqueur de Van Swieten.

Revient le 17 mars 1923 (3 ans après). Nouvelle poussée. Malgré le traitement buccal.

Du 17 mars 1923
au 12 mai. | 0 gr. 75 de novar I.V.

Plus un seul élément à partir du 7-4-23, c'est-à-dire dès la deuxième piqûre.

La guérison persiste.

OBSERVATION N° 14. — Personnelle.

LAUR... Denise, 4 ans.

Consulte le 7 juillet 1923.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Couvre les lombes, le thorax, les faces d'extension des membres.

2° L'histoire clinique :

La poussée actuelle dure depuis 3 semaines, mais la dermatose avec des accalmies évolue depuis 2 ans.

3° L'enfant :

A des stigmates héréditaires évocateurs (nez en selle, strabisme interne œil droit, microdontisme) et son Wassermann est fortement positif (sw ++++) le 7 juillet 1923.

II. — Rien dans les ANTECEDENTS HEREDITAIRES à signaler.

(Sérologies des parents négatives.)

III. — TRAITEMENT

Du 12 juillet au 9 septembre 1923.	Sulfar I.V. 8 inj. (0 gr. 54).	20 juillet : L'éruption pâlit.
		1 ^{er} septembre : Petite poussée.
Du 29 septembre au 22 novembre 1923.	Sulfar I.V. 6 inj. (0 gr. 88).	29 septembre : Plus d'éléments nouveaux.
		5 novembre : Guérison.

IV. — RESULTATS

Guérison qui se maintient au 27 mars 1924.

OBSERVATION N° 15

(Communiquée par M^{lle} le D^r Reitlinger.)

SOL..., 22 mois.

Consulte le 31 janvier 1925 pour une éruption récidivante et rebelle.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Eruption typique de prurigo-strophulus. Une vingtaine d'éléments disséminés. Nombreuses macules, reliquat d'éléments antérieurs.

2° L'histoire clinique :

Les éruptions ont débuté dès l'âge de 6 mois. Le commen-

cement de celle-ci date de deux mois, et a comporté 3 poussées. Le prurit est marqué. On a fait mettre l'enfant à un régime alimentaire restrictif depuis le début de l'éruption, sans succès.

3° L'enfant :

Est bien constitué. Il a eu sa première dent à 6 mois (il en a actuellement 16), a fait ses premiers pas à 13 mois. Cependant la mère signale une constipation marquée, et l'on note un phimosis, une bouche en « chapeau de gendarme ». Les séro-réactions sont négatives (sw = 0).

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Les parents sont bien portants, il n'y a pas eu de fausses-couches chez la mère; un autre enfant de 2 mois, des séro-réactions négatives (1^{er} février) chez le père et chez la mère.

III. — TRAITEMENT

Du 7 février au 18 avril.	11 piqûres d'huile grise.	Le 7-2 : Poussée de 20 éléments sur le thorax.
		Le 14-2 : Poussée trois fois plus abondante que les précédentes.
		Le 12-2 : Pas de poussée dans la semaine.
		Le 28-3 : Pas d'éléments depuis 15 jours.
		Le 4-4 : Eruption complètement disparue.

IV. — RESULTATS

Le 4 avril : L'éruption qui datait de deux mois a complètement disparu.

OBSERVATION N° 16

LIB... Joseph, 5 ans.

Consulte pour éruption ancienne le 29 mars 1924.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Typique sur joue gauche, face externe de l'avant-bras gauche, le dos, face postérieure des cuisses. Prurit marqué.

2° L'histoire clinique :

Depuis 2 ans 1/2 ces éruptions se succèdent sans répit. On a évidemment tout essayé, mais en vain.

3° L'enfant :

Crâne volumineux avec grosses bosses frontales. Pâleur. Thorax déprimé sous les mamelons; gros ventre flasque. Adénopathies cervicales. W. négatif.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Mère : Morte, bacillaire en 1922. Pas de F.C.

Père : Bien portant. W. négatif le 29 avril 1924.

III. — TRAITEMENT

L'enfant est mis au calomel le 5 avril 1924. Au bout de 15 jours, le strophulus a disparu.

IV. — RESULTATS

Disparition en 15 jours d'un strophulus datant de 2 ans et demi, par le seul traitement buccal au calomel.

OBSERVATION N° 17

(Communiquée par M^{lle} le D^r Reitlinger.)

POM... Robert, 3 ans.

Consulte pour éruption par poussées le 5 mai 1923.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Les éléments de simple prurigo avec excoriation sont nombreux. On retrouve cependant des éléments typiques de strophulus dans la région xiphoïdienne, à la fesse gauche, à l'avant-bras droit.

2° L'histoire clinique :

Cette poussée dure depuis 3 semaines. Mais les éruptions se succèdent depuis 1 an.

3° L'enfant :

Né à terme. Amygdales volumineuses. Front bombé; implantation basse du cuir chevelu, lobule de l'oreille petit et adhérent. Voûte palatine ogivale.

Wassermann négatif le 5 mai 1923.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : Est bien portante, pas d'autre grossesse, pas de fausse-couche. Wassermann négatif.

Le père : Bien portant.

III. — TRAITEMENT

3 piqûres intraveineuses de Novar (3, 6, 9 cgr.) du 12 mai 1923 au 26 mai 1923.

IV. — RESULTATS

Le 6 juillet 1926, le D^r Reitlinger est allée interroger la grand'mère de l'enfant (qui n'est plus revenu). Malgré la pauvreté du traitement, il y a eu guérison, et le strophulus datait d'un an.

OBSERVATION N° 18

(Communiquée par M^{lle} le D^r Reitlinger.)

LAM... Renée, 18 mois.

Consulte le 15 mars 1923 pour éruption récente.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Papules urticariennes caractéristiques, très disséminées. Tronc, région lombaire, fesses, cuisses, jambes, plante des pieds.

2° L'histoire clinique :

Depuis 8 jours seulement. Mais a été traitée en novembre 1922 pour une gale qui aurait débuté en août 1922 (??).

3° L'enfant :

Née à terme. Constipation habituelle. Sommeil agité. Le front

est bombé, le nez en selle avec aplatissement et élargissement de la base. Encoche semi-lunaire à l'incisive médiane supérieure droite. Lobules de l'oreille adhérents. Leucomes transversaux inguéaux. Wassermann négatif le 15 mars.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : Semble bien portante. Cependant elle a eu un accouchement prématuré de 6 mois, non provoqué.

Son W. est négatif le 15 mars, il est positif le 5 mai 1923.

III. — TRAITEMENT

Du 15 mars au 15 mai 1923.	8 inj. d'huile grise.	Le 29 mars : L'enfant a mieux mangé et mieux dormi dès la 2 ^e inj. d'huile grise.
----------------------------	-----------------------	--

Le 15 mai : Guérison.

Le 7 juin : Nouvelle poussée : 15 éléments sur le thorax.

Du 7 au 28 juin 1923.	4 inj. I.V de novar (2, 4, 6, 8 cgr.).
-----------------------	--

Du 19 au 26 juillet 1923.	2 inj. de novar I.V (6 et 8 cgr.).
---------------------------	------------------------------------

Du 6 septembre au 26 nov. 1923.	20 inj. I.M. de quiniobismuth.
---------------------------------	--------------------------------

Le 6 décembre 1923 : Guérison.

Comme l'enfant ne peut revenir, on lui conseille des cures de liqueur de Van Swieten.

IV. — RESULTATS

Le père de l'enfant, interrogé 3 ans plus tard, le 6 juillet 1926, nous apprend qu'il y a très longtemps que l'enfant n'a plus d'éruptions. Après le traitement, lorsque des boutons apparaissaient, la médication ordonnée (liqueur de Van Swieten) amenait immédiatement leur disparition.

OBSERVATION N° 19. — Personnelle.

CHIA... Janine, 2 ans.

Consulte en septembre 1925 pour des éruptions récidivantes.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Eruption typique, à localisations caractéristiques et abondamment disséminées. Pas de lésions scabieuses.

2° L'histoire clinique :

Cette éruption représente la dernière poussée d'une dermatose récidivante. Le début remonte à janvier 1924, la fréquence des poussées est plus grande durant l'été.

L'enfant a successivement été traité pour « gale » et « constipation opiniâtre ». L'éruption n'a pas varié.

3° L'enfant :

Pas de stigmates. Pas de passé pathologique. Née à terme, première dent à 4 mois et demi, premiers pas à 17 mois.

Constipation habituelle. Régime lacto-végétarien. Wassermann positif, le 7 septembre (sw +).

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Wassermann négatif.

La mère : Paraît bien portante, mais sur les quatre grossesses qu'elle a eues :

1^{re} grossesse en 1913 : Albuminurie et accouchement prématuré, à 7 mois.

2 en 1921 : Fille morte en bas âge : méningite.

3 en 1923 : L'enfant qui est amenée.

4 en 1925 : Garçon que la mère doit nous amener : il a une éruption semblable à celle de sa sœur.

Le père : Paludéen. Ancien colonial.

III. — TRAITEMENT

		Le 19 nov. : L'enfant n'avait plus d'éruption depuis le début du traitement. Mais elle est restée sans venir durant une semaine. Aujourd'hui, quelques éléments.
		Le 21 : Pas de nouvel élément.
		Le 2 décembre : Id.
		Le 10 décembre : Id.
Du 1 ^{er} octobre	11 injections de	
au 17 décembre	sulfar.	
1925.	(3, 5, 7, 9, 11, 12,	
	12, 14, 15, 15, 15	
	cgr.).	

IV. — RESULTATS

Le 17 décembre : **Disparition complète de l'éruption** qui durait depuis 1 an.

Le 23 juin 1926 : Nous allons voir les parents qui ne sont plus revenus. L'enfant aurait eu des vomissements après chaque piqûre : au cours du traitement, ils n'avaient rien signalé. La véritable raison semble plutôt résider dans l'en-nui que comporte les déplacements à l'hôpital, gênants et trop fréquents. Ce même jour on trouve chez la malade une éruption non strophuleuse, répétée point pour point chez un frère âgé de 16 mois (qui ne marche pas encore). Il s'agit d'une véritable dermatose parasitaire par piqûres de puces (D^r Milian). C'est « à cause du chien », nous dit la mère.

OBSERVATION N° 20. — Personnelle.

CHI... Claude, 2 ans.

Consulte pour éruption rebelle le 24 avril 1925.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Abondant, typique, entremêlé d'élément impétiginisés.

2° L'histoire clinique :

Evolue depuis 8 mois avec poussées et accalmies. Régimes alimentaires. Envoi à la campagne. Rien n'a diminué la fréquence des éruptions.

3° L'enfant :

Est chétif, pâle et ne paraît pas avoir de stigmates hérédospécifiques importants. Cependant Wassermann positif (sw +) le 24 avril 1925.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

On ne retrouve pas d'épisodes intéressants chez les parents (sérologie négative).

III. — TRAITEMENT

- Une série de sulfar terminée le 31 juillet 1925.
- Guérison de la poussée.
- Récidive en septembre.

— Sulfar à nouveau.

— Et guérison le 7 novembre 1925.

IV. — RESULTATS

Guérison après récédive.

OBSERVATION N° 21.

AV..., 23 mois.

Consulte le 7 novembre 1925 pour éruption prurigineuse ancienne.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Il n'est représenté que par quelques éléments (une dizaine en tout) disséminés et caractéristiques. Par contre, les macules liliacées, témoins d'éruptions antérieures, sont nombreuses sur les fesses et les membres inférieurs.

2° L'histoire clinique :

Le début remonte à 14 mois. Deux mois avant l'apparition des éléments, l'enfant se plaint de troubles digestifs (selles liquides et abondantes). En juillet 1924, début des éruptions. De temps à autre, phénomènes diarrhéiques. Mais sur les rapports respectifs des troubles intestinaux et cutanés, la maman est formelle : **l'éruption précède toujours la diarrhée**. Elle nous dit : « Quand je vois les boutons, je suis sûre qu'il va se détraquer... »

3° L'enfant :

Est né à terme. Il pèse actuellement 11 kilos. Il a eu sa première dent à 8 mois; a marché à 14 mois. Depuis lors, sa croissance est presque arrêtée.

Nous lui trouvons un front bombé, un léger genu valgum gauche. Ses réactions sérologiques sont **négatives** (sw = 0) le 7 novembre.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien de bien intéressant. Il n'a ni frère ni sœur. Ses parents sont bien portants. On a cependant la surprise de trouver chez la mère un Wassermann fortement positif (sw ++++) sans signes cliniques.

III. — TRAITEMENT

- pour la mère,
- pour l'enfant qui reçoit :

Du 7 novembre au 23 décembre 1925.	8 injections d'huile grise.
--	--------------------------------

Le 23 décembre : On découvre un liséré gingival douloureux. L'enfant a perdu l'appétit. On cesse la thérapeutique, l'appétit revient.

Du 22 au 29 janvier 1926.	2 piqûres de sulfar (0.02-0.03).
---------------------------	----------------------------------

Le 22 janvier : Mis au sulfar.
Le 24 : Le prurit a disparu.
Le 29 : Diarrhée.

IV. — RESULTATS

Le 17 juin, nous allons voir l'enfant que la mère n'a plus ramené depuis le 29 janvier. Malgré le traitement insuffisant. Il n'y a eu qu'une seule poussée fin mars. Plus rien depuis.

OBSERVATION N° 22

(Communiquée par M^{lle} le D^r Reitlinger.)

LAM... Agnès, 3 ans et demi.

Consulte pour éruption prurigineuse rebelle et récidivante, le 16 mai 1925.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Eléments disséminés au maximum. Existents même à la plante des pieds. Violent prurit. Le grattage fait apparaître des éléments urticariens centrés par une petite vésicule.

2° L'histoire clinique :

De telles éruptions se reproduisent une ou deux fois par an, depuis l'âge de 6 mois.

3° L'enfant :

A un bon aspect général. On ne trouve pas de stigmates hérédo-spécifiques et cependant :

le Wassermann est positif (sw +++) le 16 mai.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien à signaler. Sw négatif chez la mère le 16 mai.

III. — TRAITEMENT

Du 23 mai au 6 juin 1925.	2 piqûres de sulfar à 0.06.	Les parents ayant laissé s'écouler 15 jours entre la 1 ^{re} et la 2 ^e piqûre, il existe le 6 juin, sur le bras gauche et l'abdomen, des éléments de prurigo-strophulus typiques.
---------------------------	-----------------------------	--

IV. — RESULTATS

Le 18 juin 1926, c'est-à-dire un an après, nous tâchons d'avoir des nouvelles de l'enfant qui n'est plus revenue. Nous apprenons qu'en janvier les parents sont partis pour Constantinople. Mais une voisine qui connaissait bien l'enfant nous affirme que les parents lui ont vanté les effets du traitement (pourtant si court!...). A sa connaissance, il n'y aurait pas eu de nouvelle poussée jusqu'à son départ.

OBSERVATION N° 23.

GOM... Laurent, 3 ans.

Consulte le 11 mars 1926 pour éruption prurigineuse.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Sur le tronc, surtout en arrière, éléments typiques ombiliqués ou déjà croûteux. Sur les mains, éléments excoriés.

2° L'histoire clinique :

Cette poussée dure depuis 15 jours, mais le début de la dermatose remonte à 2 ans. Evolution par poussées successives, entrecoupées de rémissions incomplètes.

3° L'enfant :

Né à terme. A marché tard à 21 mois. Rares diarrhées. Pas de stigmates.

Wassermann négatif (sw = 0).

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : Paraît bien portante. 5 grossesses :
— 1921 : Françoise, atteinte de strophulus (Voir observ.).
— Puis : 2 fausses-couches spontanées.
— 1923 : Laurent, enfant amené pour strophulus.
— 1924 : Elisabeth, atteinte de strophulus (Voir observ.).
Wassermann négatif.
Le père : Bien portant, mais :
Wassermann positif (sw +) le 11 mars 1926.

III. — TRAITEMENT

Du 25 mars 1926 au 22 mai.	5 piqûres de sul- far. (6, 10, 10, 12, 15 cgr.).	Guérison.
-------------------------------	---	-----------

IV. — RESULTATS

Récidive 45 jours après la cessation du traitement (insuffisant).

OBSERVATION N° 23 bis.

GOM... Françoise, 5 ans, sœur de Laurent.

Strophulus par poussées depuis 2 ans.

Dernière poussée datant de 15 jours.

Sw négatif.

Même traitement.

Même récidive dans les mêmes délais que son frère.

OBSERVATION N° 23 ter.

GOM... Elisabeth, 2 ans, sœur de Laurent et Françoise.

Même éruption de strophulus ayant débuté à l'âge de 6 mois.

A marché très tard à 22 mois.

Sw négatif.

Traitement plus faible : 2, 4, 6, 8, 10 cgr. de sulfar.

Guérison.

Et récidive plus rapide, au bout de 3 semaines.

Intérêt de ces trois observations : Strophulus rebelle chez 3 enfants issus d'un père spécifique.

OBSERVATION N° 24.

(Communiquée par M^{lle} le D^r Reitlinger.)

TRA... Daniel, 22 mois.

Consulte le 5 juin pour éruption papulo-bulleuse avec prurit marqué.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Les éléments sont caractéristiques sur les fesses et les membres. Ils ont à la plante des pieds un caractère bulleux très net qui pour être peu fréquent sera retrouvé en d'autres observations. Nous avons déjà noté que Civatte l'avait remarqué, faisant militer de tels symptômes en faveur de la dénomination « prurigo simplex aigu polymorphe », forme infantile du « prurigo simplex aigu monomorphe » de l'adulte. A noter qu'on ne trouve pas de tréponèmes (recherchés par mesure de précaution) dans les bulles à l'ultramicroscope.

2° L'histoire clinique :

Début en avril, au moment où les parents ramènent à Paris l'enfant en nourrice à la campagne.

Tous les soirs, depuis deux mois, apparition de nouveaux éléments.

3° L'enfant :

Né à terme. Poids à la naissance, 3 kg. 500. A eu sa première dent à 9 mois, a fait ses premiers pas à 14 mois. Le front est bombé, la bouche est « en chapeau de gendarme », le nez est en selle. La constipation est opiniâtre. Le wassermann est négatif (sw = 0) le 5 juin.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

— La mère : Est bien portante (W = 0 le 5 juin).

Elle a eu 3 enfants :

2 d'un premier lit :

En 1912, un garçon **mort** à 9 mois (perforation? péritonite?).

En 1914, une fille **morte** à 6 ans de pleurésie.

1 du second lit : En 1924 : c'est l'enfant qu'on amène.

— Le père : Est bien portant, mais il a eu d'un premier lit un enfant **mort** de méningite.

III. — TRAITEMENT

Du 5 juin au 19
juin 1926. | 3 injections d'huile
grise.

Le 12 juin : Le prurit
s'est calmé le soir
même de la pi-
qûre.

Le 17 juin : Nou-
veaux éléments
après 5 jours sans
poussée : cette ac-
calmie est la pre-
mière depuis deux
mois.

Le 18 : Pas d'élé-
ments nouveaux,
l'enfant dort et
mange bien.

Le 19 : Pas d'élé-
ments nouveaux.
Plus de constipa-
tion.

Du 10 juillet au 24
juillet. | 3 injections d'huile
grise.

Le 10 juillet, l'enfant
n'étant pas revenu
depuis 3 semaines.
Reprise de l'érup-
tion, une dizaine
d'éléments nou-
veaux.

Le 24 juillet : Nou-
velle poussée da-
tant du 19.

IV. — RESULTATS

Le traitement avait apporté une amélioration manifeste :
dès la première piqûre, disparition du prurit, de l'insomnie,
absence d'éléments nouveaux durant cinq jours.

L'irrégularité du malade paraît être la raison de l'insuccès
qui suit,

OBSERVATION N° 25.

LAR... Max, 4 ans.

Consulte en septembre 1925 pour éruption récidivante.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Est typique, il est abondant : une soixantaine d'éléments.

2° L'histoire clinique :

La poussée actuelle a débuté il y a 2 mois et demi. Mais l'affection évolue depuis 2 ans. Pendant 2 à 3 semaines, poussées éruptives durant deux jours, intervalle de 3 ou 4 mois, puis récidive.

3° L'enfant :

Né à terme. Poids à la naissance, 3.800 gr. Jamais de troubles gastro-intestinaux. Première dent à 6 mois, premiers pas à 15 mois.

Thorax évasé, très gros ventre, un ganglion cervical droit, des ganglions inguinaux, un genu valgum bilatéral très marqué. Les incisives médianes de la mâchoire supérieure sont très courtes; microdontisme des incisives latérales supérieure. Implantation vicieuse des cheveux avec empiètement frontal.

Wassermann positif (w +) le 17 septembre.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : Paraît bien portante. On ne trouve pas de stigmates de Σ . Elle a eu deux grossesses :

— En 1917 : fausse-couche de quelques semaines.

— En 1921 : l'enfant qu'on a amené.

Wassermann positif (w + +) le 10 septembre 1925.

Le père : Ancien bacillaire, a attendu sa guérison pour se marier. Pas de stigmates de Σ . Alopecie brusque il y a 15 ans. Sw négatif.

— La grand'mère maternelle est morte tuberculeuse.

— Une tante du côté maternel a une pleurésie et un lupus érythémateux.

III. — TRAITEMENT

Du 10 septembre au 19 novembre.	10 piqûres de sul- far.	Le 19 nov. : Les doses ont été faibles parce que l'enfant supporte mal le sulfar. Le 20 nov. : Quelques éléments sont apparus. Cette poussée est la première depuis le début du traitement. On met l'enfant au quinby, mais la mère ne ramène pas l'enfant après la première piqûre.
------------------------------------	----------------------------	--

IV. — RESULTATS

Nous sommes allés voir l'enfant le 18 juin 1926. Le strophulus est guéri mais la mère attribue la guérison à une médication à base d'étain qu'elle a administré « per os ».

OBSERVATION N° 26.

CHRI... Renée, 2 ans et demi.

Consulte le 20 mars 1924.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Eruption typique avec son élément à base urticarienne et sa vésicule centrale. Localisation : hanche droite et face dorsale des coudes.

2° L'histoire clinique :

Dure depuis 2 mois.

3° L'enfant :

Née à terme. Premiers pas à 13 mois.

Lobule de l'oreille soudé. Bosses pariétales volumineuses. Très gros ventre. Rate non palpable.

Wassermann négatif (sw = 0) le 20 mars 1924.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère : N'a pas de stigmates sinon des stries transversales sur les incisives médianes.

— En 1920 : Une fausse-couche de 6 semaines.

— En 1921 : L'enfant amenée (Renée).

— En 1923 : Un garçon (Georges) dont l'observation suit.

Wassermann positif (sw +) le 20 mars 1924.

Le père : Apparemment bien portant. Pas de Σ avérée.

III. — TRAITEMENT

Du 22 mars au 8 avril 1924.	5 piqûres de sul- far (3, 5, 5, 9, 10 cgr.).	Le 5 avril : Etat sta- tionnaire.
--------------------------------	--	--------------------------------------

IV. — RESULTATS

L'enfant n'étant pas revenue, impossible de conclure.

II. — Hérédo-Syphilitiques non traités

OBSERVATION N° 26 bis.

CHRIS... Georges, 7 mois.

Frère de Renée (Voir observ. n° 26)

1° L'enfant : Né à terme. Poids à la naissance : 3.520 gr. Facies pâle, bouffi, semi-lunaire. Au début de l'examen, attitude figée, puis agitation, de temps en temps protraction de la langue.

Téguments du thorax et de l'abdomen infiltrés. Pas de godet. Abdomen volumineux, grosses mains, pas de chapelet costal. Hypopsychisme.

Le 29 mars : Eruption de strophulus. Très nombreux éléments seulement urticariens.

2° Résultats : La mère n'étant plus revenue, l'enfant n'a pas

été traité. Mais on a rapporté cette observation qui comporte un intérêt : elle montre l'existence de strophulus chez deux enfants issus d'une mère syphilitique.

OBSERVATION N° 27. — Personnelle.

DEP... Odette, 23 mois.

Consulte, salle Henri-IV, le 4 juillet 1935. Nous recopions l'observation :

« L'enfant a un strophulus caractéristique depuis 3 ou 4 mois. Survenant par poussées sur le cou, le visage, l'abdomen, la région lombaire.

« Elle a marché à 12 mois, a parlé à 11.

« Chez la mère, deux fausses couches non provoquées depuis la naissance de l'enfant, l'une à 3 mois, l'autre à 1 mois et demi.

« La mère a des lésions papuleuses, un peu urticariennes, datant de 6 mois et ressemblant à du strophulus.

« Wassermann négatif chez la mère et l'enfant.

« On traite la mère et l'enfant par l'huile grise.

« A la première piqûre, la mère n'a pas le soir même sa crise de prurit habituelle. A la deuxième, l'éruption disparaît.

« L'enfant voit l'éruption généralisée disparaître dès la troisième piqûre tandis qu'apparaissent quelques éléments urticariens.

« Les deux malades ne reviennent plus. »

OBSERVATION N° 28. — Personnelle.

TOF... Denis, 2 ans et demi.

Consulte le 30 mars 1933, salle Henri-IV.

1° Les lésions cutanées : La lésion élémentaire est typiquement une papulo-vésicule. La localisation est assez particulière : presque uniquement les membres supérieurs, à leurs faces d'extension. Durent depuis 2 mois.

2° L'enfant : Est manifestement héréditaire :

Le nez est déformé, « en selle », la bouche est en « chapeau de gendarme », il y a le « signe de la taroupe », les lobules

de l'oreille sont adhérents, de grosses amygdales, les incisives sont clairsemées, les yeux légèrement bridés.

L'enfant a marché à 11 mois et ne parle pas encore très bien (2 ans et demi).

Il a 2 sœurs, bien portantes : Liliane, 5 ans et demi, et Nicole, 4 mois.

3° Les antécédents héréditaires : Les parents sont bien portants, pas de F.C. chez la mère mais

— une grosse univitelline chez la sœur de la mère

— un frère de la mère mort de méningite à 15 ans.

4° Conclusion : Strophulus chez un hérédos- Σ probablement de deuxième génération.

III. — Hérédosyphilis non retrouvée Enfants traités cependant

OBSERVATION N° A. — Personnelle.

DUP... Gilbert, 2 ans et demi.

Consulte pour éruption récidivante prurigineuse, le 10 octobre 1925.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Papulo-vésicules typiques sur thorax et jambes, face interne des bras et même face.

2° L'histoire clinique :

Première poussée il y a 2 mois et demi, au moment où les parents ramènent l'enfant de la campagne. Elle dure 45 jours. Il y a 15 jours, deuxième éruption qui a évolué en plusieurs poussées et qui persiste.

3° L'enfant :

Né à terme. Pas de stigmates de rachitisme. Facies légèrement adénoïdien, voûte un peu ogivale.

Polymicroadénopathie. Grosses amygdales. Dents régulières. Un demi-frère bien portant.

Fonctions intestinales normales. Alimentation abondante en légumes et pâtes. Wassermann négatif.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Rien à signaler. Mère bien portante, pas de fausses couches. Un autre enfant bien portant d'un premier lit. Wassermann négatif.

Père de l'enfant bien portant. D'un premier lit il a 2 enfants en bonne santé.

III. — TRAITEMENT

Une cure de sulfarsénol durant un mois.

IV. — RESULTATS

L'éruption a disparu dès la troisième piqûre, il n'y a plus eu de poussée (19 nov.).

OBSERVATION N° C. — Personnelle.

MIR... Jacques, 3 ans.

Consulte pour éruption très rebelle le 8 novembre 1923.

I. — CLINIQUE

Strophulus typique datant d'un an. A déjà vu deux médecins qui ont institué un régime alimentaire sévère sans résultat.

Pas de troubles gastro-intestinaux, ni de stigmates. Wassermann négatif le 8 novembre 1923.

II. — TRAITEMENT

Du 6 décembre 1923 au 17 janvier 1924 :	7 injections de sulfar. (4, 6, 7, 10, sulfar (4, 6, 7, 10, 10, 12, 14 cgr.).	Le 28 décembre 1923 : à la 5 ^e piqûre, disparition de l'éruption.
---	--	--

III. — RESULTATS

Guérison (qui s'est maintenue) à la 5^e piqûre d'un strophulus durant depuis un an.

OBSERVATION N° C. — Personnelle.

EVR... Suzanne, 11 mois.

Consulte le 18 novembre 1921 pour éruption persistante.

I. — A L'EXAMEN

Le strophulus est typique et abondant.

Il dure depuis 2 mois.

Pas de stigmates hérédo- Σ chez l'enfant.

Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Wassermann négatif chez la mère et l'enfant.

II. — TRAITEMENT

On fait des injections intraveineuses de novar du 21 janvier 1922 au 15 avril 1922, avec des pauses (en tout 1 gr. 33).

Le 29 avril 1922 : après une longue persistance des éléments, disparition brusque.

Du 22 avril au 26 mai 1922 : nouvelle série de novar (0 gr. 72.).

L'enfant ne pouvant revenir est mise à la liqueur de Van Swieten.

Le 27 janvier 1923 : 5 à 6 éléments typiques de strophulus, alors que toute éruption avait disparu depuis plusieurs mois. Durée éphémère : 36 heures.

La guérison se maintient.

III. — RESULTATS

Guérison d'un strophulus non hérédo- Σ par traitement anti- Σ .

OBSERVATION N° D. — Personnelle.

VAU... Marcelle, 18 mois.

Consulte le 22 août 1924.

1. Strophulus sur les membres et l'abdomen, en évolution. Nombreuses macules liliacées, séquelles de poussées précédentes.

2. Evolue depuis 2 mois, tous les deux jours éléments nouveaux par poussée.

3. L'enfant présente peu de stigmates d'hérédo- Σ . Elle est rousse. Son Wassermann est négatif.

4. La mère est bien portante, son Wassermann est négatif, pas d'autre antécédent héréditaire à signaler.

5. On met l'enfant au sulfarsénobenzol du 29 avril 1924 au 10 octobre 1924 (0 gr. 54 de sulfar).

6. L'éruption s'est effacée, a disparu, n'est plus reparue.

OBSERVATION N° E. — Personnelle.

CAR... Marcelle, 4 ans.

Consulte le 1^{er} décembre 1923 pour éruption rebelle.

I. — A L'EXAMEN

1° Le strophulus :

Il est abondant et très disséminé.

2° L'histoire clinique :

Poussée subintrantes depuis un an.

3° L'enfant :

Pas de stigmates. Née à 8 mois, poids à la naissance 2 kg. 250. Wassermann négatif le 1^{er} décembre 1923.

II. — ANTECEDENTS HEREDITAIRES

La mère est bien portante. Wassermann négatif le 1^{er} décembre 1923. Elle a eu 3 grossesses :

— en 1922 : enfant bien portant.

— en 1914 : d°

— en 1920 : enfant actuel.

III. — TRAITEMENT

Du 6 décembre 1923 au 20 mars 1924.	11 piqûres de sulfar (4, 6, 6, 6, 8, 10, 12, 18, 18, 18, 18).	Le 20 mars 1924 : Le strophulus a disparu.
Du 27 mars au 14 mai 1924.	8 injections d'huile grise.	Le 24 sept. 1924 : nouvelle poussée : il n'y a pas eu traitement depuis trois mois.
Du 24 septembre au 11 décembre 1924 :	12 injections de sulfar (2 gr. 05).	

Du 17 janvier 1925 au 23 juillet :	24 quiniobismuth.	Le 30 juillet 1925 : Nouvelle éruption.
Du 27 août au 18 novembre 1925 :	Série de sulfar et calomel.	
		Le 14 janvier 1926 : Nouvelle poussée, 60 éléments sur le ventre.
Du 14 janvier 1926 au 11 février.	Série de sulfar.	Le 28 janvier : l'éruption disparaît. Le 11 février : la guérison se main- tient.

IV. — RESULTATS

C'est un cas qui n'a pas réagi en somme au traitement. Nous avons poursuivi le traitement pour mieux illustrer les indications : aucun stigmate chez cet enfant, aucun antécédent. C'est donc là un strophulus non hérédo-spécifique. Il y a concordance avec l'étiologie et l'échec thérapeutique.

CONCLUSIONS

1° Le **strophulus** des auteurs anciens mérite de conserver son individualité. Toute confusion pourrait être évitée en le dénommant avec **Marfan, prurigo-strophulus**, ou **prurigo infantile à rechutes** avec **Milian**.

2° Le **prurigo-strophulus** n'est pas une forme infantile du **prurigo simplex aigu** de **Brocq**. La clinique et surtout l'évolution (cyclique et courte pour celui-ci, remarquablement tenace et récidivante pour celui-là) les opposent. Un seul lien les réunit : une même histologie.

3° Le **diagnostic** de la dermatose est souvent délicat, parfois très difficile, fréquemment porté à tort. Il se pose avant tout avec les éruptions parasitaires au premier rang desquelles les prurigos **phthiriasiques** et par **piqûres de puces**, qui peuvent, dans les milieux indigents s'éterniser au point de simuler une affection chronique de la peau. Il faudra toujours y songer et parfois mettre l'enfant en observation pour les éliminer sûrement.

4° De multiples causes sont susceptibles de créer du **strophulus**. Il serait vain de nier, par exemple

chez certains, l'influence de troubles gastro-intestinaux. Mais en dehors de toute cause digestive, il est une étiologie d'une très grande fréquence quand on prend la peine de la rechercher soigneusement, c'est l'**hérédo-syphilis**. Beaucoup y ont insisté. Pour notre part, sur cinquante cas de **strophulus** rencontrés, nous l'avons décelée trente-neuf fois. Cette proportion de 78 % exclut à notre avis toute idée de coïncidence.

5° *L'hérédo-syphilis intervient selon un mode pathogénique qui reste à élucider. On peut toutefois envisager quatre hypothèses :*

1° Lésions endocrino-sympathiques;

2° Septicémie tréponémique, créant une véritable roséole urticarienne, à la façon des septicémies éberthiennes (taches rosées lenticulaires), ou syphilitiques acquises (roséole secondaire);

3° Septicémie microbienne, phénomène biotrope déclenché par l'hérédo-syphilis;

4° Troubles digestifs de nature spécifique (et la syphilis digestive est moins rare qu'on ne pense).

La question est loin d'être tranchée.

6° Mais le **traitement anti-spécifique** va confirmer l'étiologie. Sur des cas tenaces, rebelles, récidivants, pour lesquels les régimes alimentaires les plus stricts n'avaient rien donné, il nous a permis de réaliser 82,05 % de **guérisons**, 12,88 % d'**améliorations**, contre seulement 5,07 d'**échecs**.

Même chez les enfants pour lesquels l'enquête étio-

logique avait été négative, il a donné 80 % de guérisons et 20 % d'échecs.

7° Quelle que soit la médication mise en œuvre (nous donnons la préférence à l'huile grise), il faudra que le traitement soit **prolongé**. C'est là un point essentiel dont la non-observation explique les échecs et les récurrences. Une fois la poussée jugulée il faut répéter à intervalles normaux les injections, car il s'agit d'une véritable cure, au même titre — toutes proportions gardées, évidemment — que celle que l'on ordonne contre une efflorescence secondaire. Le succès s'obtient à cette seule condition.

Vu : LE DOYEN :
G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
P. LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTOM. — Il prurigo-strofulo (*Dermosifiligrapho* — sept 1930 — p. 608).
- AUDRY. — Syphilis indirecte (*Ann. Derm. et Syph.* — juin 1922).
- BARDIN. — Prurigo chez l'enfant. (*Thèse Paris* 1903-04 — N° 47).
- BARTHÉLÉMY. — Heredo-Syphilis et glandes endocrines. (*Thèse Paris*).
- BEAUPERTHUY. — Rapports de la Syphilis avec certaines dermatoses coexistantes. (*Thèse Paris* — 1901-02 — N° 515.)
- BEGUINOT. — Dermatoses prurigineuses infantiles. Diagnostic avec le prurigo de Hébra. (*Thèse Paris*, 1902-03 — N° 531.)
- BERNHARDT. — Zur pathogenese der Prurigo. (*Arch. f. Dermat. Syphil.* 1901.)
- BESNIER. — Sur la question du prurigo. (*Ann. Derm. et Syph.*, 1892, p. 634.)
- BLASCHKO. — Ueber Stroph. infantum. (*Berl. Klin. Woch.* — 1895, p. 11.)
- BLECHMANN. — Prurigo-Strophulus (urticaire infantile). — (*L'Hôpital*, mars 1925, p. 156.)
- BROCCQ. — Prurigo simplex et sa série morbide. (*Ann. Derm. et Syph.*, 1894, p. 3.)
- Sur le prurigo simplex. Réponse à M. le Prof. Tommasoli. (*Monatshefte, für praktische Derm.* — juin 1895.)
- Prurigos et lichens vrais. (*Public. américaine*, 1895-96.)
- Le Prurigo. (*P. M.*, sept. 1896.)
- Urticaire, prurigo simplex, prurigo de Hébra. (*Rev. gén. cli. et therap.*, 1896.)
- Précis-atlas de Pratique dermat. (p. 732.)
- Traité de Derm. prat. (1906. t. II., p. 137.)

- Cliniques derm. (1924, t. I., p. 328.)
- CIVATTE. — Rapp. Cong. Dermat. (Paris 1929 — Les Prurigos.)
— Prurigos et grattage. (*Ann. de Derm.*, mars 1926.)
- COMBY. — Etude clinique sur le strophulus. (*Méd. infant.*, 1894, t. II, p. 427.)
— Traité des mal. de l'enf. (*Rueff.* 1895, p. 812.)
- GUÉNIN. — Prurigo et Heredo-Syphilis. Rapports. (*Thèse Paris* 1928. N° 213.)
- DARIER. — (*Soc. franç. Dermato.* 20 juillet 1893.)
— Sur le prurigo simplex. (*Ann. Derm. et S.*, 1894, p. 194.)
— Précis de Derm. (Paris 1928, p. 613.)
- DARIER et FLANDIN. — La prédisposition dans les dermatoses. (*Bull. Méd.*, 27 janv. 1924.)
- DAYENIÈRE. — Strophulus, eczéma infantile. Traitement par le babeurre. (*Thèse Paris*, 1905-06.)
- DENTAN. — Strophulus, traitement par la peptonothérapie pré-mondiale. (*Thèse Paris* 1926.)
- DESAUX et BOUTELIER. — Précis de Derm.. (Paris, p. 272.)
- DUBREUILH (W.). — Du strophulus. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, p. 161-175.)
- DUPONT. — Signes et Traitement du Prurigo. (*Thèse Paris*, 1844.)
- DURAND. — Du Prurigo. (*Thèse Paris*, 1877. N° 358.)
- DUVAL. — Heredo-Syphilis et Eczéma. (*Thèse Paris*, 1924.)
- FAVRE. — Rapp. Congrès Dermato. Paris 1929. (*Les Prurigos.*)
- FEUILLÉ. — Essai d'interprét. de l'action désensibilisante de quelques médications multivalentes non spécifiques. (*S. M. H.* 28 juillet 1922, p. 1169.)
- FEULARD. — Le Prurigo des Enfants. (*Third intern. Congress.* Londres, 1896.)
- FOURNIER A. — Syphilis Héréditaire tardive.
- FRANQUEBALME. — Du strophulus prurigineux. (*Thèse Paris*, 1858.)
- GOLAY. — Pathog. des prurigos. (*Ann. Derm. et S.*, 1922, p. 407, 495, 567.)
- GOUGEROT. — Dermatoses prurigineuses. (*Clinique*, 9 mai 1903.)
- HALLEZ. — Prurigo stroph. des jeunes enfants. (*Progrès Méd.*, 22 juillet 1922.)
- HUDELO. — Prurits et prurigos. (*Prat. Méd. illust.*, 1931.)
- HUTINEL et STEVENIN. — Heredo-Syphilis et dystrophies. (*Arch. Méd. inf.*, 1919.)
— Le terrain heredo-syp. (Masson, 1925.)
- JOLTRAIN. — Les urticaires. (Doin, Paris, 1930.)
- LE CLERC. — Trait. du strop. (*P. M.*, 22 déc. 1928.)

- LEGENDRE. — Prurigo. (*Thèse Paris*, 1865. N° 212.)
- LELONG. — Prurigo-stroph. des nourrissons. (*Soc. méd. prat.*, 1^{er} déc. 1929.)
- LEREDDE. — Hématodermies d'orig. siph. (*Bull. s. f. D. et S.*, nov. 1919, p. 282.)
— Syphilis et aff. prurig. (*Ann. mal. vén.*, déc. 1920, p. 705.)
— Hematodermes prurig. (*Bull. s. f. D. et S.*, février 1920.)
— Heredo Syph. et famille syph. (Paris 1925, p. 285.)
- LEROY et MATHIEU. — Trait. diététique du prurigo-stroph. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 sept. 1930.)
- LESCORNET. — Prurigo-stroph. de la 1^{re} enf. (*Le Nourrisson*, nov. 1914.)
- LUTEMBACHER. — Le Prurigo. (*Rev. int. méd. et clin.*, 25 janv. 1911, p. 24.)
- MARFAN. — Prurigo-strophulus. (*Clin. mal. 1^{re} enf.*, 2^e série. Masson, 1931.)
- MATHIEU et VASSEUR. — Etude sur le prurigo-strophulus et insuffis. aliment. (*Arch. mal. appa. digestif*, mars 1930, p. 322.)
- MILIAN G. — Prurigo simplex aigu. (*Rev. franç. Derm. et Vénéréo.*, 1926. N° 2, p. 109.)
— L'hétérothérapie. *S. M. H.*, 20 oct. 1922, p. 1339.)
— L'hétérothérapie. (*Paris-Médical*, 6 nov. 1920, p. 337.)
- MOYSANT. — Prurigo. (*Thèse Paris*, 1863.)
- NICOLAS et GATÉ. — Troubles endocriniens d'origine Heredo-S. (*Congrès D. et S.*, Bruxelles 1926.)
- NICOLAS V. GRESKO. — Prurit dans la S. (*Congrès D. et S. de langue fr.* — Strasbourg 1923.)
- PAUTRIER et ULLMO. — (*Bull. soc. f. D. et S.* — Réunion de Strasbourg, 13 nov. 1927.)
- RAVAUT. — Action de la médication anti-S. sur l'eczéma et les maladies de sensibilisation. (*S. M. H.*, 13 oct. 1922.)
— Heredo-S. et phéno. de sensibilisation. (*P. M.*, 26 nov. 1923, p. 473.)
— Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. (2^e Congrès D. et S., juillet 1923, Strasbourg.)
— Discussion sur les prurigis. (IV^e Congrès Dermato, 1929, Paris.)
- SAINT-GIRONS. — Prurigo-Strophulus. (*Nutrition*, 1932, p. 93.)
- SCHULMANN. — Traité de Dermato. (Paris 1933, t. II, p. 6.)
- SEZARY et MAURIC. — Reproduction expérim. de la papul. de Strophulus. (*Bull. s. f. D. et S.*, 11 fév. 1932, p. 254.)

- SMITH (M^{lle}). — Urticaires du premier âge. (*Thèse Lyon*, 1924.)
- TEDESCHI. — Du strophulus. (*Thèse Bordeaux*, 1894.)
- TZANCK. — Immunité. Intolérance. Biophylaxie. (Paris, Masson, 1932.)
- VASSEUR. — Prurigo-stroph.. (*Thèse Paris*, 1929.)
— Trait. du Prurigo-stroph.. (*Journ. Méd. Paris*, 1929, p. 92.)
- VIDAL E. — Du lichen (lichen, prurigo, strophulus). (*Ann. D. et S.*, 1886, p. 135.)
- WIBSTEL. — Glandes endocrines et dermatoses. (*Rev. f. d'endocrin.*, 1925, t. III, p. 37.)
- WIDAL, ABRAMI et DE GENNES. — Colloïdoclasie et gl. endoc. (*P. M.*, 6 mai 1922.)

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°
